

PIM ALLOCATION SPECIALE JEUNE ADULTE EN SITUATION DE HANDICAP

De 20 à 27 ans

ANNEE SCOLAIRE 202.../202...

ETAT CIVIL

Nom patronymique **Prénom**

Nom d'usage ou d'épouse N°SS (10 premiers chiffres) : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Date et lieu de naissance : _/_/_/___ à **Adresse**

N° de téléphone : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Mail (indispensable) :

Célibataire Marié(e) PACS Ayant droit d'un agent décédé
 Concubinage Divorcé (e) Séparé (e) Veuf (ve)

STATUT

Titulaire Contractuel + de 10 mois
 Stagiaire Maître de l'enseignement privé
 Retraité fonction, dernière affectation.....

Fonction / Grade : Date d'entrée dans l'académie :

Etablissement d'exercice..... N° RNE de l'établissement

Enseignement privé : oui non

COMPOSITION DE LA FAMILLE

Nom et prénom du conjoint : date de naissance.....

Conjoint en activité : oui non Employeur

Conjoint fonctionnaire : oui non si oui préciser le ministère :

Si conjoint agent de l'éducation nationale décédé préciser sa fonction et la date du décès

ENFANT CONCERNE PAR LA DEMANDE

| NOM PRENOM | Date de naissance | Etablissement fréquenté/ niveau d'étude | Titulaire d'un revenu oui/non |
|------------|-------------------|---|-------------------------------|
| | | | |

Objet

Cette prestation vise à faciliter l'intégration sociale des enfants handicapés ou atteints de maladie chronique.

Bénéficiaires

- Les agents titulaires et stagiaires en position d'activité ou retraités
- Les agents non titulaires rémunérés sur le budget de l'Etat sous réserve que leur contrat initial, au moment de la demande, soit d'une durée supérieure ou égale à 10 mois à partir du septième mois du contrat (cf. décret 86-83 du 17 novembre 1986)
- Les ayants-droit d'un agent décédé
- Le conjoint ou concubin non fonctionnaire ayant la charge de l'enfant, divorcé d'un fonctionnaire ou agent de l'Etat sous réserve que l'allocation était versée au parent fonctionnaire ou agent de l'Etat antérieurement à son divorce ou sa séparation et que le conjoint ou concubin ne soit pas en situation de percevoir une allocation de même nature servie par une caisse d'allocations familiales ou financé par le budget de l'Etat, d'une collectivité locales ou d'un établissement public.

Exclus : Les vacataires, les AESH et les AED rémunérés sur le budget des établissements publics locaux d'enseignement (EPL)

Conditions d'attribution

- L'enfant doit être âgé de plus de 20 ans et de moins de 27 ans
- L'enfant doit avoir un **taux d'incapacité d'au moins 50%**
- Ou en cas de maladie chronique ou d'infirmité non constitutive d'un handicap, les parents peuvent prétendre à cette allocation **sur avis d'un médecin agréé par l'administration**
- L'enfant doit justifier de la qualité d'étudiant, d'apprenti ou de stagiaire au titre de la formation professionnelle

-  - la prestation n'est pas cumulable avec :
- . L'allocation aux adultes handicapés,
 - . L'allocation compensatrice pour tierce personne.

Condition de ressources

Aucune

Taux fixé annuellement par décision ministérielle

Pièces justificatives communes à fournir :

- Livret de famille dans son intégralité,
- RIB de l'agent

Et, en fonction de votre situation professionnelle ou familiale :

- Contrat de travail pour les contractuels de **10 mois ou +, rémunérés sur le budget de l'état.**
- Titre de pension pour les retraités,
- Justificatifs de votre situation familiale (déclaration PACS, **jugement de divorce indiquant la garde des enfants**, certificat de décès...) pour les données non reportées sur le livret de famille.

Pièces justificatives spécifiques :

- La copie de la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (M.D.P.H.) ou le certificat médical du médecin agréé (maladie chronique non constitutive d'un handicap)
- La copie de la notification versement CAF - AEH en cours
- Le certificat de scolarité
- Carte d'invalidité
- Attestation de non-versement de prestation interministérielle pour la période de validité du dossier de l'employeur du conjoint

Attestation de l'employeur du conjoint

Je soussigné(e) _____ employeur (ou représentant l'employeur) de
M, Mme _____

certifie sur l'honneur qu'il ou elle ne bénéficie d'aucune aide ou participation pour la prestation sollicitée

Fait à _____ le _____

Signature et Cachet

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent document et m'engage à signaler à l'administration tout changement (administratif, familial, coordonnées...).

A

Le

Signature du demandeur

Rappel important :

Les PIM sont des prestations versées aux bénéficiaires remplissant les conditions d'octroi sur le plan statutaire et financier (barème ministériel). **Elles sont servies dans la limite des crédits disponibles.**
Les montants et barèmes révisés annuellement sont consultables en ligne sur le site académique
<https://www.ac-aix-marseille.fr/l-accompagnement-social-et-le-service-social-en-faveur-des-personnels-121586>

Dossiers à adresser exclusivement par voie postale à l'adresse suivante, accompagnés des justificatifs demandés

RECTORAT
Division de l'accompagnement des personnels
Bureau de l'action sociale
Place Lucien Paye
13621 Aix en Provence cedex

Contacts :

04 42 91 72 98 ou 04 42 91 72 72 / 04 42 91 73 00
Mail ce.bureauactionsociale@ac-aix-marseille.fr

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

DATE RECEPTION :

DATE TRAITEMENT :

REJET : MOTIF.....

DECISION : Le présent dossier est conforme aux critères pour le versement de la prestation

MONTANT ACCORDE:.....