

L'Allocation aux Parents d'Enfant en Situation de Handicap de moins de 20 ans

L'allocation aux parents d'enfant en situation de handicap est destinée à aider financièrement les agents sur les dépenses liées à la situation de handicap de leur(s) enfant(s), sans aucune condition de ressources.

Il s'agit d'une prestation interministérielle (PIM) avec un taux applicable au 1^{er} janvier 2022 de 167.54€ par mois.

PERSONNELS ELIGIBLES :

- Agents stagiaires ou titulaires en position d'activité
- Agents non-titulaires liés à l'Etat par un contrat de droit public conclu pour une durée initiale supérieure à 10 mois et rémunérés directement sur le budget de l'Etat. La prestation sera alors versée le 1^{er} jour du 7^e mois de contrat.
- Les retraités de la fonction publique d'Etat ayant terminé leur carrière à UCA.

PRINCIPES & CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

A la différence des prestations légales, les prestations d'action sociale sont des prestations à caractère facultatif. Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à rappel.

- L'enfant doit avoir été reconnu en situation de handicap par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).
- Cette allocation n'est pas cumulable avec les prestations légales suivantes :
 - o Prestation de compensation du handicap (prévue par l'article 4 de l'ordonnance n°2000-1249 du 21 décembre 2000).
 - o L'allocation aux adultes handicapés.
- La prestation est versée mensuellement à terme échu.
- La prestation est servie pour chacun des enfants de moins de 20 ans, à la charge du bénéficiaire et qui, eu égard à leur taux d'incapacité d'au moins 50%, ouvre droit à l'allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH).

- La prestation n'est pas versée dans le cas où l'enfant est placé en internat permanent (y compris week-end et vacances scolaires), dans un établissement spécialisé avec une prise en charge intégrale par l'Etat, l'assurance maladie ou l'aide sociale.
- Dans le cas où l'enfant est placé en internat de semaine, avec prise en charge intégrale des frais de séjour, la prestation est servie au prorata du temps passé dans la famille lors des périodes de retour au foyer en fin de semaine et durant les vacances scolaires. Le nombre de mensualités versées au titre de la prestation est égale au nombre de mensualités versées au titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.
- La prestation est servie jusqu'à l'expiration du mois au court duquel l'enfant atteint ses 20 ans.

PIECES A FOURNIR :

- Le présent formulaire complété et signé **pages 1 à 4 et annexe éventuelle**.
- Pour les personnels en couples : attestation de non-versement de cette prestation interministérielle pour la période de validité du dossier, si le conjoint ou le concubin est un fonctionnaire.
- Copie intégrale du ou des livret(s) de famille justifiant des enfants à charge.
- En cas de divorce ou de séparation, joindre le justificatif de la garde des enfants).
- Relevé d'identité bancaire ou postal aux nom, prénom et adresse de l'agent. A noter, s'il s'agit d'un compte joint, les 2 prénoms doivent figurer sur le RIB. A défaut, joindre une attestation de la banque précisant les noms et prénoms rattachés au compte joint.
- Pour les personnes non-titulaires : copie du contrat de travail.
- Photocopie de la décision délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) précisant les dates limites de l'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).
- Pour les enfants placés en internat, l'attestation de « retour au foyer » établie par l'établissement d'accueil.
- Pour les veufs ou veuves d'un agent : la copie de la pension de réversion du/ de la conjoint(e) décédé (e).

Dossier à envoyer à l'adresse suivante :

Université Côte d'Azur
Direction des Ressources Humaines
Service des Retraites, des Accidents de Service et de l'Action Sociale
28, avenue de Valrose
B.P. 2138
06807 Nice Cedex 2
drh.action-sociale@univ-cotedazur.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE : cocher la case correspondante

<input type="checkbox"/> 1ere demande	<input type="checkbox"/> Actualisation (à chaque année universitaire et/ou renouvellement de notification de MDPH)
---------------------------------------	---

<u>Nom de famille</u> :	<u>Nom d'usage</u> :
<u>Prénom</u> :	<u>N° INSEE (complet avec les 13 chiffres)</u> :
<u>Situation du demandeur</u> : <input type="checkbox"/> Agent·e contractuel·elle (dates du contrat): <input type="checkbox"/> Agent·e stagiaire ou titulaire <input type="checkbox"/> Autre situation (préciser): <input type="checkbox"/> Retraité·e	<u>Situation familiale</u> : <input type="checkbox"/> Marié·e <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale ou pacsé·e <input type="checkbox"/> Séparé·e ou divorcé·e <input type="checkbox"/> Veuf, veuve
<u>Adresse personnelle</u> :	<u>Téléphone</u> : <u>Adresse messagerie</u> :
<u>Nom, prénom du / de la conjoint·e</u> :	<u>Profession du/ de la conjoint·e</u> :
<u>Date d'entrée à UNIVERSITE COTE D'AZUR</u> :	<u>Grade</u> :
Informations relatives à l'enfant	
<u>Nom, prénom</u> :	<u>Date de naissance</u> :

<u>Date d'attribution de l'AAEH (notée sur la notification MDPH) :</u>	<u>Situation scolaire :</u>
--	-----------------------------

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné-e :

Sollicite l'Allocation aux Parents d'Enfants en situation de Handicap (AEH) objet de la présente demande et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et des pièces fournies.

En outre, je déclare ne pas percevoir les prestations suivantes :

- la prestation de compensation du handicap (PCH).
- l'allocation aux adultes handicapés pour les jeunes âgés de 18 à 20 ans.
- l'allocation différentielle servie au titre des droits acquis (majoration pour tierce personne prévue à l'article 59 de la loi du 30 juin 1975).
- de la prestation de compensation prévue par l'article 95 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Et certifie que l'enfant n'est pas placé en internat, dans un établissement avec prise en charge intégrale des soins, des frais de scolarité et des frais d'internat (par l'assurance-maladie, l'Etat ou l'aide sociale).

Je m'engage à signaler à l'administration tout changement.

Fait à	le :	Signature :
--------	------	-------------

AVERTISSEMENT : La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes et de fausses déclarations (article L. 554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 du Code pénal).
L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L. 583-3 du code de la Sécurité Sociale).

Les informations recueillies sont utilisées par le service en charge de l'action sociale. Elles sont uniquement destinées à traiter administrativement et financièrement votre dossier, dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD). Vous pouvez solliciter le délégué à la protection des données (DPD) pour faire valoir l'exercice de vos droits (droit d'information, droit d'accès, droit de rectification etc.) par mail à l'adresse dpo@unice.fr ou par courrier postal UNIVERSITE COTE D'AZUR, à l'attention du DPD.

ANNEXE 1 – Document à faire remplir par l'employeur du conjoint

ATTESTATION DE NON-PERCEPTION PAR LE CONJOINT D'UN AVANTAGE SIMILAIRE

Je soussigné(e).....

Certifie que :

N'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social au titre du versement de l'allocation aux parents d'enfants en situation de handicap (AEH) pour l'enfant :

.....

.....

Fait à :, le
(Cachet et signature de l'employeur)