|  |
| --- |
| **DOSSIER INITIAL****ALLOCATION AUX PARENTS D’ENFANTS HANDICAPÉS DE MOINS DE 20 ANS** |
|  |
|  |
| **NOM - Prénom** **:** ……………………………………… | **Nom de jeune fille** **:** …………………………………………... |
| **N° Sécurité Sociale** **:** \_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ **CLE**\_\_\_ / |  |
| **État civil** **:**  | □ Célibataire  | □ Marié(e) | □ Vie maritale | □ Pacsé(e)  | □ Divorcé(e)  | □ Séparé(e) | □ Veuf(ve)  |
| **Grade :** ………………………………………………………… |  |
| **Établissement d’exercice** **:** | □ Public  | □ Privé |
| **Désignation et adresse :** | ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………. |
|  |
| **Adresse Personnelle :** | ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………. |
| **N° tél personnel :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ | **N° tél portable :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ |
| **Adresse email :** | ………………………………………… | @........................... |
|  |
| **NOM – Prénom du conjoint :** | …………………………….……………………………………………………………………… |
| **Profession et employeur du conjoint :** | …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………. |
|  |
|  |
| **IDENTIFICATION DE L’ENFANT HANDICAPÉ** |
| **NOM** | **Prénom** | **Date de naissance** |
|  |  |  |
|  |
| **ATTRIBUTION DE L’ALLOCATION D’ÉDUCATION DE L’ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)** |
| **Date de début** | **Date de fin** | **Taux d’invalidité (%)** |
|  |  |  |
|  |
| * J’atteste sur l’honneur ne pas percevoir la PCH
 |
|  |
| Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et s'engage à signaler tout changement qui pourrait intervenir dans sa situation familiale ou professionnelle au cours de la période de validité du présent dossier.Toute fausse déclaration entraînera le remboursement de l’aide indument perçue.**La loi réprime les fraudes et les fausses déclarations (articles 441-1 et 441-6 al. 2 du Code Pénal)** |
|  |
| **Fait à**  ………………………………………………..………… | **Signature du demandeur** |
| **Le** ……………………………………………………………… |
|  |
|  |
| **CADRE RÉSERVÉ À L’ADMINISTRATION** |
| **Versement** | * **Mensuel**
 | * **Retour au foyer**
 |
| **N° Fournisseur CHORUS** |  |
| **N° RIB CHORUS** |  |

|  |
| --- |
| **DOSSIER INITIAL****ALLOCATION AUX PARENTS D’ENFANTS HANDICAPÉS DE MOINS DE 20 ANS** |

**PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE**

* 1 relevé d’identité bancaire ou postale - RIB ou RIP
* 1 copie du dernier bulletin de salaire du demandeur faisant apparaître l’affectation ou à défaut, une copie du PV d’installation ou du titre de pension pour les retraités
* 1 copie du livret de famille complet
* 1 attestation de l’employeur du conjoint faisant apparaître le non versement de toute aide comparable
* 1 copie de la notification de décision d’attribution de l’Allocation d’Éducation de l’Enfant Handicapé de par la Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)
* 1 attestation de scolarité le cas échéant
* 1 attestation de retour au foyer pour les enfants placés en internat spécialisé