|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOSSIER INITIAL**  **ALLOCATION SPECIALE AUX PARENTS D’ENFANTS HANDICAPÉS DE 20 À 27 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** | | | | | | | | | | | **Situation** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | * **Étudiant** * **Apprenti** * **Stagiaire au titre de la formation professionnelle** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICATION DU CENTRE D’ÉTUDE OU D’APPRENTISSAGE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Établissement** | | | | | | | | | **Adresse** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mon enfant perçois la PCH : | | | | | | | | | | | | | | | | | | * oui | | * non | | |
| Mon enfant perçois l’AAH : | | | | | | | | | | | | | | | | | | * oui | | * non | | |
| Je perçois les allocations familiales en faveur de mon enfant : | | | | | | | | | | | | | | | | | | * oui | | * non | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N° Fournisseur CHORUS** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **N° RIB CHORUS** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **DOSSIER INITIAL**  **ALLOCATION SPECIALE AUX PARENTS D’ENFANTS HANDICAPÉS DE 20 À 27 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 justificatif de l’incapacité permanente d’au moins 50%, qui peut être :
  + La copie de la notification de décision de la Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)
  + La copie de la carte d’invalidité certifiée conforme
  + Un certificat médical précisant que l’enfant est atteint d’une maladie chronique ou d’une infirmité constitutive de handicap à un taux ≥ 50%
* 1 attestation de scolarité, d’apprentissage, de stage d’insertion à la vie professionnelle ou de formation alternée en entreprise