



RÉGION ACADÉMIQUE  
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



FICHE N° 9

## AIDE AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES (PIM)

Rectorat

Division budgétaire  
et financière

DBF 33

Ce.dbf3@ac-  
grenoble.fr

Patricia Trincat  
04 76 74 70 72

patricia.trincat  
@ac-grenoble.fr

7, place Bir-Hakeim  
CS 81065 - 38021  
Grenoble cedex 1

### I - Objectif

- Aider financièrement le personnel ayant un enfant handicapé.

### II - Conditions

- Allocation aux parents d'enfant handicapé de moins de 20 ans
- Allocation pour un enfant handicapé poursuivant des études ou un apprentissage entre 20 et 27 ans
- Séjour en centre de vacances spécialisé sans limite d'âge, 45 jours/an au maximum

### III - Montant de l'aide

- Pour les allocations : selon barème national
- Pour les séjours : selon facture

### IV - Instruction du dossier

- service d'action sociale de la DSDEN (1<sup>er</sup> degré)
- service d'action sociale du rectorat (2<sup>nd</sup> degré)

**DOSSIER A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES**

## FICHE N° 9 (PIM)

# AIDE AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES

N° TIERS CHORUS :

### Identification du créancier

NOM : .....	PRENOM :
GRADE : .....	
ADRESSE : .....	N° Sécurité Sociale :
CP : ..... VILLE : .....	
Mél : ..... @.....	N°téléphone.....

### Pièces à joindre dans tous les cas

- Dernier bulletin de salaire
- Pour le conjoint : bulletin de salaire et attestation de l'employeur
- Copie intégral du livret de famille
- RIB avec le nom et le prénom du demandeur
- Procès-verbal d'installation ou arrêté de nomination
- En cas de divorce, une copie de l'extrait du jugement faisant apparaître la garde de l'enfant
- Une lettre manuscrite pour une demande de prestation interministérielle pour parent d'enfants handicapés
- Si mutation, attestation de fin de versement de l'académie d'origine ou du ministère (mutation, détachement ...)

#### **Subvention enfant de moins de 20 ans**

- Notification de décision d'allocation d'éducation d'enfants handicapés
- **Attestation de non perception de la PCH (prestation compensatrice du handicap) ou attestation sur l'honneur**
- Formulaire en annexe à compléter (ANNEXE 1)

#### **Subvention pour enfant atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap poursuivant des études ou un apprentissage au-delà de 20 ans et jusqu'à 27 ans**

- Certificat d'inscription justifiant la poursuite de la scolarité ou de l'apprentissage
- Un justificatif d'une incapacité permanente d'au moins 50 %
- Attestation sur l'honneur de non perception de l'AAH (allocation d'adulte handicapé) et de la PCH

#### **Subvention pour les séjours des enfants handicapés**

- Facture acquittée

Partie à remplir par le responsable de la structure d'accueil (séjours des enfants handicapés)

Pour l'enfant	Age	Dates du séjour	Nombre de jours	Montant

### Identification de l'organisme :

- NOM : .....
- N° D'AGREMENT : .....
- ADRESSE : .....

CACHET

Je, soussigné ....., responsable de la structure d'accueil, atteste l'exactitude des renseignements ci-contre

**Tout cas de fraude ou de fausse déclaration est punissable conformément aux art 441-1 et suivants du code pénal**

Je soussigné(e)

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements demandés.

Signature

Partie réservée à l'administration		
Subventions accordées du	au	Montant :

**FICHE N° 9 ANNEXE 1**

**En application des dispositions de la circulaire FP n°1931 du 15 juin 1998 relative aux prestations d'action sociale à réglementation commune et** conformément à la circulaire ministérielle en date du 20 janvier 2015 qui précise la règle applicable en matière de cumul, la prestation interministérielle « **allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de vingt ans** et la prestation familiale légale « **prestation de compensation du handicap** » ne sont pas cumulables.

Afin de me permettre de procéder à l'actualisation de vos droits, je vous invite à envoyer dans les meilleurs délais :

au  
**Rectorat de Grenoble**  
**DBF 33– Action sociale**  
**CS 81065**  
**38021 GRENOBLE CEDEX 1**

**une déclaration de la MDPH dont vous dépendez attestant qu'en qualité de représentant légal vous ne percevez pas la PCH pour votre (vos) enfant (ou à défaut une attestation sur l'honneur)**

Par ailleurs, je vous rappelle la nécessité de me signaler en temps utile toute modification pouvant avoir une incidence sur le paiement de cette prestation - changement d'adresse, de RIB.

**Le non renvoi du présent formulaire complété et de l'attestation MDPH autorise l'administration à suspendre le paiement de la prestation.**

<b>Tout cas de fraude ou de fausse déclaration est punissable conformément aux articles 441-1 et suivants du code pénal</b>
---

**Ci après, partie à compléter, à signer, à joindre à l'attestation de la MDPH ou à l'attestation sur l'honneur et à renvoyer à l'adresse précisée ci-dessus**

Je soussigné (e) M.....  
Père/ mère/ tuteur légal de(s) l'enfant(s) ((nom/prénom(s) .....

demeurant à (**adresse complète**)

.....  
.....  
**s'engage à signaler tout changement relatif aux aides légales dont l' (les) enfant(s) bénéficie(nt).**

Fait à.....le.....