

**ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADEMIQUE (ASIA)
AIDE AU LOGEMENT**

PRINCIPES GENERAUX

Aide attribuée à l'agent de l'éducation nationale qui entre dans un logement locatif.

Aide non renouvelable au cours d'une période de 12 mois et non cumulable avec les autres aides de même nature.

Aide non cumulable avec l'indemnité de changement de résidence.

Exposer un quotient familial (QF) mensuel inférieur ou égal à **1.350, 00 €**.

CALCUL DU QUOTIENT FAMILIAL MENSUEL :

$$\frac{\text{REVENU FISCAL DE REFERENCE} : 12}{\text{NOMBRE DE PART FISCALES}}$$

Taux de la prestation : voir tableau en annexe, des prestations « action sociale d'initiative académique » (ASIA)

BENEFICIAIRES

- Personnels stagiaires, titulaires.
- Apprentis
- Contractuels, AED, AESH,
- Personnels retraités de l'enseignement public

**ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADEMIQUE (ASIA)
AIDE AU LOGEMENT**

**DEPOT COMPLET DU DOSSIER LIMITE A
6 MOIS A COMPTER DE LA DATE DE LA SIGNATURE DU BAIL**

Année : / _____ /

(Veuillez remplir minutieusement les rubriques ci – dessous)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT DE L'EDUCATION NATIONALE

ENSEIGNEMENT PUBLIC ☐

ENSEIGNEMENT PRIVE ☐

**Situation familiale : Célibataire – Concubinage – Pacsé(e) – Marié(e) – Séparé(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) (1)
Rayer les mentions inutiles**

NOM – PRENOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE DE NAISSANCE :

GRADE :

DATE D'ENTREE A L'EDUCATION NATIONALE :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

ADRESSE E-MEL

N° DE TELEPHONE FIXE ET MOBILE :

NOM & ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT D'EXERCICE :

N° DE SECURITE SOCIALE (15 caractères) : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

COORDONNEES BANCAIRES : (23 caractères) :

/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT DE L'AGENT

NOM – PRENOM DU CONJOINT :

PROFESSION DU CONJOINT :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)
atteste sur l'honneur :

- Ne pas bénéficier de l'AIP ou de l'AIP-Ville.
- Ne pas bénéficier de l'AIP – CIV
- Ne pas bénéficier d'un logement de fonction.
- Ne pas bénéficier des frais de changement de résidence
- **Avoir déclaré l'ensemble des revenus de mon foyer**

Date

Signature du demandeur

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE LA COMPOSITION DU FOYER
(A compléter obligatoirement)

Je soussigné(e), M.....

Situation familiale : Célibataire – Concubinage – Pacsé(e) – Marié(e) – Séparé(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) (1)

Rayer les mentions inutiles

Grade :

Etablissement d'exercice :

Adresse personnelle :

.....

Certifie sur l'honneur : (cochez la case correspondant à votre situation)

- ☐ - Vivre seul(e)
- ☐ - Vivre avec mon ou mes enfant(s) à charge, sans conjoint ou concubin.
- ☐ - Vivre avec mon époux – mon conjoint – mon concubin **(1)** et mon ou mes enfant(s)

Je m'engage à signaler toute modification familiale ou financière qui pourrait intervenir au cours de la période où le dossier n'a pas encore été traité par l'administration.

La loi réprime les fraudes et fausses déclarations (articles 441-1 et 441-6 alinéa 2 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).

En cas de modification non signalée, un ordre de reversement sera émis à l'encontre de l'agent bénéficiaire.

A Le

Signature du demandeur :

PIECES A FOURNIR

Tout dossier incomplet sera rejeté

- Fiche de renseignements avec l'attestation sur l'honneur de la composition du foyer ;
- Copie de **l'impôt sur les revenus de 2024**, avis d'impôt établi en 2025 (**le vôtre et celui de votre conjoint ou concubin**) ;
- **Copie du bail** souscrit à titre onéreux **daté et signé par les parties** ;
- **Reçus** faisant apparaître le **montant du premier loyer et du dépôt de garantie payés** ;
- Copie des factures : **d'eau, d'électricité, téléphone fixe, assurance, frais d'agence**
ou à défaut d'achat équipement de première nécessité relatives à l'entrée dans le nouveau logement ;
- Contrat de travail égal ou supérieur à six mois pour les agents contractuels ;
- Copie de la dernière fiche de paie ;
- Copie du livret de famille ;
- Copies recto et verso de la carte nationale d'identité (CNI) ;
- Copie du recto uniquement de la carte vitale ;
- Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) **avec mention obligatoire du n° IBAN et de votre adresse**. En cas de compte joint, le RIB doit faire apparaître les noms et prénoms de chacun des titulaires.

La loi réprime les fraudes et fausses déclarations (articles 441-1 et 441-6 alinéa 2 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).

En cas de modification non signalée, un ordre de reversement sera émis à l'encontre de l'agent bénéficiaire.

Pour toute correspondance s'adresser au :
RECTORAT- DPATE – Bureau de l'action sociale –
Les Hauts de Terreville
97279 SCHOELCHER cédex
Tél : 05.96.52.26.71
E-MEL : sec.actionssociales@ac-martinique.fr