

ALLOCATION AUX PARENTS SEJOURNANT EN MAISON DE REPOS AVEC LEUR(S) ENFANT(S)
--

Cette prestation est destinée à prendre en charge une partie des frais de séjour des enfants qui accompagnent leur parent en maison de repos ou de convalescence.

Conditions d'attribution

- le séjour de l'agent doit être médicalement prescrit ;
- le séjour doit avoir lieu dans un établissement agréé par la sécurité sociale ;
- l'enfant doit être âgé de moins de cinq ans au premier jour du séjour. L'agent peut être accompagné de plusieurs de ses enfants âgés de moins de cinq ans : dans ce cas, la prestation est accordée au titre de chacun d'eux ;
- la durée de la prise en charge ne peut dépasser 35 jours par an ;
- aucune condition d'indice ou de ressource n'est exigée.

A NOTER QUE : Les AED et les AESH ne peuvent prétendre à cette prestation.

Modalités de versement :

A l'appui de sa demande, l'agent doit produire une attestation faisant apparaître :

- que l'établissement est agréé par la sécurité sociale ;
- que l'enfant a été pensionnaire de l'établissement pendant le séjour de l'agent

Taux de la prestation : voir tableau en annexe, des prestations interministérielles

A l'appui de sa demande, l'agent doit produire une attestation faisant apparaître :

- que l'établissement est agréé par la sécurité sociale ;
- que l'enfant a été pensionnaire de l'établissement pendant le séjour de l'agent ;
- la durée exacte de présence de l'enfant ;
- le prix journalier payé au titre de l'hébergement de l'enfant.

Le montant de la subvention payée ne peut dépasser les dépenses réelles engagées au titre du séjour de l'enfant.

**ALLOCATION AUX PARENTS SEJOURNANT EN MAISON
DE REPOS AVEC LEUR(S) ENFANT(S)**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT DE L'EDUCATION NATIONALE

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

(1) Rayer la mention inutile

NOM – PRENOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

GRADE :

DATE D'ENTREE A L'EDUCATION NATIONALE :

ADRESSE PERSONNELLE :

ADRESSE E-MEL :

N° DE TELEPHONE FIXE ET MOBILE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT D'EXERCICE :

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

COORDONNEES BANCAIRES : (23 caractères)

/ /

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT DE L'AGENT

NOM – PRENOM DU CONJOINT :

PROFESSION DU CONJOINT :

**A REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT AGREE PAR LA
SECURITE SOCIALE**

Je soussigné(e)....., Responsable de l'établissement

Certifie sur l'honneur :

- ☐ que l'établissement est agréé par la sécurité sociale
- ☐ que l'enfant : né(e) le : Age : ans

a été pensionnaire de l'établissement :

du au soit :jours

correspondant à la durée du séjour de son père – sa mère (1)

(1) Rayer la mention inutile

Lieu du séjour :

et que M.....a versé la somme de :au titre de l'hébergement journalier
de son enfant

DATE – SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

(A remplir obligatoirement par l'agent)

J'atteste sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements ci-dessus
- avoir déclaré l'ensemble des revenus de mon foyer
- que mon ou mes enfant(s) est ou sont à ma charge effective.

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.

A, le

Signature de l'agent

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.

PIECES A FOURNIR

Tout dossier incomplet sera rejeté

- Copie du livret de famille ;
- Dernier bulletin de paye ;
- Certificat du séjour ;
- Contrat de travail de plus de 6 mois pour les agents contractuels ;
- Copie du recto et du verso de la carte nationale d'identité ou de la 1^{ère} page du passeport ;
- 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 ;
- Copie du recto uniquement de la carte vitale.

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