



Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans

Envoyé en préfecture le 26/11/2025

Reçu en préfecture le 26/11/2025

Publié le



ID : 038-213802812-20251124-DELIB2025_054-DE

Les prestations d'action sociale sont des prestations à caractère facultatif. Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à rappel.

Renseignement concernant le demandeur

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Nom patronymique : _____

N° Sécurité Sociale : ____/____/____/____/____ Date de naissance : ____/____/____

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ PACS ☐ Veuf ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Concubinage

Situation familiale depuis le : ____/____/____

Adresse personnelle : _____

Tél: ____/____/____/____/____ Courriel : _____

_____@_____

Etablissement d'affectation : _____

Grade : _____

Position d'activité au 1^{er} jour de la prestation

☐ oui ☐ non si non ☐ disponibilité ☐ retraite ☐ autre : _____

Renseignements concernant les personnes vivant au foyer (autres que le demandeur)

Nom d'usage et prénom : _____

Nom patronymique : _____ né(e) le : ____/____/____

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse employeur _____



Envoyé en préfecture le 26/11/2025

Reçu en préfecture le 26/11/2025

Publié le

Berser
Levraut

ID : 038-213802812-20251124-DELIB2025_054-DE

Allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes de moins de 20 ans

Nom d'usage du demandeur : _____ Prénom : _____

Nom et prénom de l'enfant bénéficiaire : _____

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____

Taux d'incapacité : _____

Nom patronymique : _____

Votre enfant est-il placé dans un établissement : ☐ oui ☐ non

Si oui est-il ? ☐ externe ☐ interne

Avec prise en charge intégrale : ☐ oui ☐ non

Bénéficiez-vous de la prestation de compensation du handicap (PCH) : ☐ oui ☐ non

Je certifie sur l'honneur n'avoir perçu de prestation de même nature pour les prestations demandées et que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts.

Je m'engage à signaler immédiatement tout fait nouveau modifiant la présente demande.

Fait à _____, le _____

Signature

« Les personnes qui auraient fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de prestations devront rembourser les sommes indûment perçues par elles sans préjudice éventuellement des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur »



Envoyé en préfecture le 26/11/2025

Reçu en préfecture le 26/11/2025

Publié le



ID : 038-213802812-20251124-DELIB2025_054-DE

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Je soussigné (1)

Adresse

Coordonnées téléphoniques :

certifie (2) que

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type
« allocation aux parents d'enfant handicapés de moins de 20 ans » pour l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____.

(1) Nom du responsable de l'entreprise

(2) Nom et prénom du conjoint

CACHET

Date et signature originale

du responsable du service d'action sociale