



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

Besper
LERESULT

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

Besper
LERESULT

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

Besper
LERESULT

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