



ALLOCATION MENSUELLE ENFANT HANDICAPE

1 - OUVRANT DROIT

PERSONNELS DES ADMINISTRATIONS OU DES ÉTABLISSEMENTS SUIVANTS

- ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS (actifs)
Un actif est un agent titulaire, stagiaire ou contractuel, exerçant au moins un mi-temps et ayant une ancienneté d'au moins 6 mois.

2 - PIÈCES À FOURNIR

ENFANTS DE MOINS DE 20 ANS

- Photocopies du bulletin de salaire du demandeur du mois de janvier de l'année en cours.
- Photocopie du dernier bulletin de salaire du conjoint
- Photocopie du livret de famille (parents et enfants).
- Un relevé d'identité bancaire ou postal.
- Photocopie de la notification de décision de la Commission Départementale de l'Education Spéciale. (C.D.E.S.) ou une photocopie de renouvellement qui mentionne la période d'attribution de l'Allocation d'Education Spéciale.
- Attestation de paiement de l'Allocation d'Education Spéciale délivrée par votre Caisse d'Allocations Familiales.
- Attestation sur l'honneur (modèle joint)
- Certificat de scolarité de l'année en cours

ENFANTS ÂGÉS DE 20 A 27 ANS

- Attestation de présence signée par le chef d'établissement d'enseignement.
- Attestation de non paiement de l'allocation adulte handicapé, de l'allocation différentielle et de l'allocation compensatrice pour les enfants âgés de plus de 20 ans.

ENFANTS PLACÉS EN INTERNAT

- Attestation délivrée par l'établissement, précisant le nombre de jours passés par l'enfant au domicile des parents au cours de l'année scolaire (cette attestation devra nous parvenir en septembre de chaque année afin qu'un versement unique pour l'année scolaire écoulée soit effectué).

3 - OÙ S'ADRESSER ?

Le dossier, accompagné des pièces justificatives, doit être retourné

- Soit PAR CORRESPONDANCE
- Soit en le DÉPOSANT DIRECTEMENT à l'adresse ci-contre

AGOSPAP
Service Juniors Arc-en-Ciel
Mme Florence Ruffié
15 rue de la Bûcherie - 75005 PARIS
Tél : 01.44.41.27.14

- Cette prestation est versée mensuellement (sauf pour les enfants placés en internat).
- Lorsque les deux parents sont ouvriers droit, la prestation est versée au bénéficiaire du supplément familial.



Cadre à remplir par le demandeur

Je soussigné(e), Nom :Prénoms :

Administration :

Etablissement :Service :

N° Tél travail :

N° Tél domicile :

Adresse :

.....

.....

sollicite de l'AGOSPAP l'attribution d'une allocation mensuelle enfant handicapé pour mon (mes) enfant(s)

NOM	PRENOM	Date de naissance
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

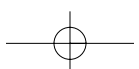
Fait à.....le.....Signature

Cadre réservé à l'AGOSPAP

Calcul de la prestation

Allocation mensuelle enfant handicapé :€

Conformément à la loi "Informatiques et Libertés" du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations vous concernant en contactant le service Prestations sociales ou Communication de l'AGOSPAP.





ATTESTATION SUR L'HONNEUR

(À COMPLÉTER)

ALLOCATION MENSUELLE ENFANT HANDICAPÉ

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Hôpital :

Je m'engage à signaler immédiatement toute cessation de paiement de l'allocation d'Education Spéciale, ainsi que tout changement dans la situation de mon enfant (placement dans un établissement spécialisé, hospitalisation ou changement d'établissement scolaire).

Date et signature
Mention "lu et approuvé"