

**PIM – Allocation spéciale pour jeunes adultes atteints d’une maladie chronique ou d’un handicap et poursuivant des études, un apprentissage ou un stage de formation professionnelle au-delà de 20 ans et jusqu’à 27 ans.**

**Renseignements 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  oui  non si non  Disponibilité  retraite  autre : .....

Avez-vous déjà bénéficié d’un congé parental  oui  non, si oui du ..... au .....

**Renseignements concernant le père (mère) de l’enfant en situation de handicap**

Nom d’usage et prénom : .....

Nom patronymique : ..... né(e) le : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Nom et adresse de l’employeur : .....

.....

.....

Le père (ou mère) de l’enfant perçoit-il un aide similaire de la part de son employeur ?

oui  non, si oui quel en est le montant : .....

## Renseignements concernant l'enfant

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de Naissance : .....

STATUT :  étudiant  apprenti  stagiaire de la formation professionnelle

Etablissement fréquenté :

.....  
.....

Période de scolarité/formation du ..... au .....

**Bénéficie-t-il de la allocation adulte handicapé (AAH) :  oui  non**

Perçoit-il la PCH ?  oui  non

Je certifie sur l'honneur n'avoir pas perçu de prestation de même nature 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 »*

**Dossier à renvoyer au**

**RECTORAT - DAMÉRAS - Bureau de l'Action Sociale**

**31 rue de l'Université**

**CS 39004**

**34064 MONTPELLIER cedex 2**



**ACADÉMIE  
DE MONTPELLIER**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**PIM- allocation spéciale jeunes adultes atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap poursuivant des études au-delà de 20 ans et jusqu'à 27 ans.**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT  
à REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU SERVICE d'ACTION SOCIALE**

Je soussigné (1) .....

Service .....

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 spéciale jeunes adultes atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap poursuivant des études au-delà de 20 ans jusqu'à 27 ans » pour:

.....

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous

Participation de l'employeur :

**CACHET**

**Date et signature originale**

**du responsable du service d'action sociale**

## Pièces à fournir impérativement

- Attestation sur l'honneur de non versement de l'allocation adulte handicapé (AAH) et/ou de la prestation de compensation du handicap (PCH)
- Copie de la carte d'invalidité ou en cas d'affection chronique non constitutive d'un handicap, une attestation d'un médecin agréé par l'administration
- Certificat de scolarité ou de formation professionnelle, contrat d'apprentissage
- un relevé d'identité bancaire ou postale, original et récent du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'un justificatif de la CAF.
- photocopie du dernier bulletin de salaire du demandeur et du conjoint.  
(si conjoint sans activité, joindre notification Pôle Emploi, notification d'admission à la retraite ou attestation sur l'honneur)
- photocopie de l'arrêté de mise à la retraite s'il y a lieu
- copie du contrat de travail de durée initiale de 10 mois pour les agents non titulaires
- attestation de l'employeur du conjoint (service aides sociales) certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint),
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.