

PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE 2026

ALLOCATION AUX PARENTS DE JEUNES HANDICAPES AGES DE 20 ANS A 27 ANS

2^e période : avril à juin 2026

Rectorat DEPAP4
 Affaire suivie par Frédéric MARY
 02 62 48 13 15
 depap.actionsociale@ac-reunion.fr
 24, avenue Georges Brassens
 CS 71003
 97 743 Saint-Denis cedex

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

RENSEIGNEMENTS	DEMANDEUR	CONJOINT
Nom patronymique		
Nom d'usage ou d'épouse		
Prénom		
Date de naissance		
N° sécurité sociale		
Adresse personnelle		
Adresse mail		
Téléphone / Portable		
Dénomination de l'établissement d'exercice / profession du conjoint		
Commune		

Situation familiale : Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Veuf (ve) Pacsé (e)
 Séparé (e) Union libre

Situation administrative : Titulaire Stagiaire Contractuel (le) de l'État (>=10 mois : CDD / CDI)
 Retraité (e) Ayant cause

Date limite retour du dossier : 03 juin 2026

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE ADULTE PORTEUR DE HANDICAP

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Age :

Taux d'incapacité :

Bénéficiez-vous de prestations familiales pour la période : oui (joindre justificatifs) non (joindre justificatifs)

Bénéficiez-vous de l'AAH (allocation adulte handicapé) : oui (joindre justificatifs) non (joindre justificatifs)

Bénéficiez-vous de l'allocation compensatrice : oui (joindre justificatifs) non (joindre justificatifs)

Indiquer le nom et adresse de l'établissement fréquenté par le jeune adulte porteur de handicap :

.....
.....
.....

Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

En cas de modification de situation, un ordre de reversement peut être émis à l'encontre de l'agent bénéficiaire.

A le, / / 2026

Signature du demandeur :

Pièce à fournir obligatoirement:

- Notification de la MDPH mentionnant le taux d'incapacité ou carte d'invalidité
- Notification de la MDPH attribuant ou refusant l'AAH et l'allocation compensatrice
- Carte d'étudiant ou contrat de stage ou d'apprentissage pour l'année en cours
- RIB ou RIP au format A4
- Attestation jointe de l'employeur du conjoint (si fonctionnaire hors Éducation Nationale)

Pièce complémentaire si 1^{re} demande :

- Photocopie du dernier bulletin de salaire, livret de famille et contrat de travail pour les agents non titulaires

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Indemnité 2026 2^e période : avril à juin 2026

Taux mensuel 2026	Nombre de mois	Montant de l'allocation
		€
		N° DP : 2026/5000

Le recteur, certifie :

- l'exactitude du présent mémoire, relatif à l'octroi d'une allocation tierce personne s'élevant à la somme de€ représentantmois au titre de la 2^e période 2026
- Atteste que les conditions imposées sont remplies.

À Saint-Denis le,

Le recteur,

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

2e période : avril à juin 2026

Je soussigné (1) :

.....

certifie que (2)

Nom.....Prénom.....

employé (e) dans nos services pour la période mentionnée ci-dessus :

n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, « PIM allocation aux parents de jeunes handicapés ou infirmes âgés de plus de 20 ans » pour l'étudiant :

Nom : Prénom :

a perçu une prestation à caractère social « PIM allocation aux parents de jeunes handicapés ou infirmes âgés de plus de 20 ans » pour l'étudiant :

Nom : Prénom :

Montant versé pour la période :

Cachet
Date et signature originale du responsable du personnel

(1) Nom de l'employeur
(2) Nom et prénom de l'employé (e)