



**Formulaire de demande de prestation interministérielle
pour les parents d'enfants handicapés**

**A RETOURNER A : Pascale GUITTON (Tél. : 01.69.82.39.62)
ou Dorothée RIGNAULT (Tél. : 01.69.82.39.47)
Assistantes sociales
Avenue de la Terrasse – Bât. 9
91198 Gif sur Yvette Cedex**

1^{ère} demande (fournir une copie du livret de famille, la photocopie du dernier bulletin de salaire de l'agent CNRS et un relevé d'identité bancaire)

Renouvellement

Le parent bénéficiaire ayant la charge éducative de l'enfant :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone Domicile :	Téléphone Portable :
Adresse mail :	
Statut :	
<input type="checkbox"/> Titulaire ou stagiaire en position d'activité*	<input type="checkbox"/> Veuve ou veuf d'un fonctionnaire
<input type="checkbox"/> Contractuel en activité*	<input type="checkbox"/> Divorcé d'un fonctionnaire ayant l'enfant à charge**
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Tuteur d'orphelins de fonctionnaires ou d'agents non titulaires**
* N° d'agent : ----- Nom du laboratoire ou service : -----	
** fournir la copie de la décision du tribunal	

Enfant pour lequel la prestation est demandée (fournir la dernière notification de la MDPH) :

Nom :	Prénom :
Date et lieu de naissance :	
<input type="checkbox"/> Scolarisé	<input type="checkbox"/> Hôpital de jour
<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Internat
<input type="checkbox"/> Apprenti	<input type="checkbox"/> Garde à domicile
<input type="checkbox"/> Stagiaire au titre de formation professionnelle	<input type="checkbox"/> Autre :
fournir une attestation de présence de l'établissement fréquenté pour l'année scolaire en cours OU une attestation sur l'honneur pour justifier la garde de l'enfant	

Situation professionnelle de l'autre parent (en lien de filiation avec l'enfant handicapé)

Nom :	Prénom :
Profession : <input type="checkbox"/> Secteur privé <input type="checkbox"/> Secteur public * <input type="checkbox"/> Sans emploi	
* Si secteur public, faire compléter la rubrique suivante par l'employeur de l'autre parent	
L'employeur certifie que <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. employé en qualité de ➤	
<input type="checkbox"/> Ne perçoit pas de prestation interministérielle pour les parents d'enfants handicapés <input type="checkbox"/> Perçoit la prestation interministérielle pour les parents d'enfants handicapés	
Fait le (jj/mm/aaaa) ➤	Signature de l'employeur ou de l'organisme ➤

Je soussigné(e) ➤ certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration du CNRS, de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits à la prestation interministérielle pour les parents d'enfants handicapés. Toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part m'exposerait au remboursement des sommes perçues, sans préjudice des poursuites pouvant en résulter.

Fait à ➤ , le (jj/mm/aaaa) ➤
Signature ➤