

PRESTATIONS INTERMINISTÉRIELLES (PIM) 2025-2026

PREMIERE DEMANDE ALLOCATION MENSUELLE AUX PARENTS D'ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP DE 20 A 27 ANS (APEH)

« ALLOCATION SPÉCIALE POUR JEUNES ADULTES »

Prestation non cumulable avec l'AAH (Allocation Adulte Handicapé)
et la PCH (Prestation de Compensation du Handicap)

FORMULAIRE RÉSERVÉ AUX PERSONNELS RETRAITÉS

Bénéficiaires :

Personnels retraités du secteur public de l'éducation nationale domiciliés dans l'académie

Conditions d'attribution :

L'allocation est versée au titre des enfants âgés de plus de 20 ans et de moins de 27 ans ayant ouvert droit aux prestations familiales.

- **En cas de maladie chronique ou d'infirmité consécutive de handicap reconnue par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)**, la prestation est attribuée si le jeune adulte ne bénéficie pas de l'allocation aux adultes handicapés ni de l'allocation compensatrice.
- En cas de maladie chronique ou d'infirmité consécutive d'un handicap (non reconnue par la MDPH), les parents peuvent prétendre à cette allocation sur avis d'un médecin agréé par l'administration (www.iledefrance.ars.sant.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france)
- Le jeune adulte doit justifier d'une qualité d'étudiant, d'apprenti ou de stagiaire au titre de la formation professionnelle.
- L'allocation est versée mensuellement et également au cours des mois de vacances scolaires.
- Aucune condition de ressources.

Montant de la prestation : 143,45 €/mois (taux au 1^{er} avril 2026)

ATTENTION ! Cette demande est à renouveler chaque trimestre.

⚠ LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. CELLE-CI EST PAYÉE DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 12 MOIS DE VALIDITÉ NE SONT PAS ÉCOULÉS, LE TAMPON D'ARRIVÉE DANS LE SERVICE FAISANT FOI

L'allocation ne peut être accordée que dans la limite de l'enveloppe financière prévue à cet effet.
Elle n'est assurée d'aucune reconduction les années suivantes.

OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE ?

Par courrier :

Rectorat de Versailles
Pôle de l'action sociale
3 boulevard de Lesseps
78017-VERSAILLES Cedex

Par mail :

ce.actionsociale@ac-versailles.fr

Si vous avez des questions, contactez-nous **de préférence par mail** ce.actionsociale@ac-versailles.fr, sinon par téléphone : 01 30 83 50 88

**1^{ère} DEMANDE D'ALLOCATION MENSUELLE AUX PARENTS D'ENFANTS
EN SITUATION DE HANDICAP DE 20 A 27 ANS
« ALLOCATION SPECIALE POUR JEUNES ADULTES »**

FORMULAIRE RÉSERVÉ AUX PERSONNELS RETRAITÉS

Année civile : _____

NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Demande initiale à compter du mois de : _____

N° Tiers Chorus : _____

Montant de la dépense : _____

Code ordo RECCHOR 78

BOP 214

➤ **Pièces à fournir à chaque demande (rentrée scolaire, début de stage ou contrat d'apprentissage)**

- Attestation de scolarité ou copie de la carte d'étudiant, de la convention de stage ou du contrat d'apprentissage
- Photocopie de la carte d'invalidité de la CDAPH ou la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou certificat médical attestant du handicap établi par un médecin agréé par l'administration
- Attestation de non-perception de l'allocation aux adultes handicapés ou d'une allocation compensatrice
- Copie intégrale du livret de famille tenu à jour, jugement de divorce, contrat ou dissolution du PACS
- En cas de divorce: photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfant(s)
- Pour les couples en union libre: attestation sur l'honneur de concubinage portant les noms, prénoms et dates de naissances des conjoints
- Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- Attestation de l'employeur du conjoint certifiant le non-versement de toute aide comparable, ou justificatif de France Travail
- Copie de la carte d'identité du demandeur
- Photocopie du dernier titre de pension
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du demandeur, original et récent du **compte sur lequel est versée la pension**

PRESTATIONS INTERMINISTÉRIELLES (PIM)

1^{ère} DEMANDE D'ALLOCATION MENSUELLE AUX PARENTS D'ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP (APEH)

FORMULAIRE RÉSERVÉ AUX PERSONNELS RETRAITÉS

NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR :

	DEMANDEUR	CONJOINT(E)
Nom d'usage		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Situation familiale du demandeur	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) depuis le	
	<input type="checkbox"/> Vie maritale depuis le <input type="checkbox"/> Séparé(e) depuis le	
	<input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le <input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le.....	
	<input type="checkbox"/> Pacsé(e) depuis le(joindre contrat)	
Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Adresse personnelle		
Téléphone personnel		
N°INSEE		
E-mail		
Relevé d'Identité Bancaire RIB	Compte sur lequel est versé la pension (tout autre RIB ne sera pas pris en compte)	

INFORMATIONS SUR L'ENFANT DE + DE 20 ANS					
Nom		Prénom		Âge	
Date de naissance		Bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui (*) <input type="checkbox"/> Non
Attention : Prestation non cumulable avec l'AAH et la PCH (voir relevé MDPH)					
Situation du jeune adulte	<input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Maladie chronique	Le jeune adulte est-il ?	<input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> externe	Si interne, avec prise en charge intégrale de l'État	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'établissement ou de l'employeur					

(*) si oui, joindre le document PCH.

Je soussigné(e) (nom, prénom) _____

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.

Je reconnais avoir pris connaissance qu'une fausse déclaration m'exposerait à des sanctions pénales et/ou une peine d'emprisonnement.

Fait à _____, le _____

Signature :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 du Code pénal). L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L.583-3 du code de la sécurité sociale).

Les informations recueillies sont utilisées par le pôle de l'action sociale et la plateforme CHORUS du rectorat de l'académie de Versailles. Elles sont uniquement destinées à traiter administrativement et financièrement votre dossier de demande de prestations d'action sociale. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent.



**ACADÉMIE
DE VERSAILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**ATTESTATION DE NON-PERCEPTION D'UNE AIDE
POUR PARENT D'ENFANT
EN SITUATION DE HANDICAP**

à compléter par l'employeur du conjoint
de l'agent demandeur du versement de l'APEH
(sauf pour les conjoints travaillant dans l'académie de Versailles)

Je soussigné(e) (*nom et fonction*)

Organisme / Entreprise / Établissement

atteste que Monsieur/ Madame (*nom et prénom*)

Domicilié(e) au

.....

.....

ne bénéficie d'aucune aide pour parent d'enfant en situation de handicap

pour son enfant (*nom et prénom*)

Fait à la demande de l'intéressé(e), pour servir et faire valoir ce que de droit.

À, le

Signature

Cachet de l'employeur