

DEMANDE D'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ

Vos dernières demandes de prestation devront parvenir au CAS pour le 15 décembre, au plus tard.

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Collectivité : ☐ CapAtlantique ☐ SIVU Site de travail :

Extrait du Règlement Intérieur :

1.4. ALLOCATION AUX PARENTS D'ENFANT HANDICAPÉ

Le CAS attribue une aide complémentaire de 145€ à l'adhérent qui perçoit l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) pour son enfant, placé en internat dans un établissement spécialisé avec prise en charge intégrale des frais, ou non placé en internat, jusqu'aux 20 ans de l'enfant. (Couple d'adhérents : 1 seule allocation par enfant).
Les cotisations URSSAF sont à la charge de l'adhérent.

ENFANT CONCERNÉ

NOM : Prénom :

SITUATION ACTUELLE DE L'ENFANT

Inscrit dans un établissement : ☐ Scolaire ☐ Spécialisé ☐ Autre :

Régime : ☐ Externe ☐ Interne ☐ Demi-interne

PIECE A JOINDRE POUR PERMETTRE LE VERSEMENT DE L'ALLOCATION MENSUELLE :

- ☐ Copie de la **notification d'attribution de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé** (délivrée par la MDPH)
- ☐ Si votre enfant est placé dans un établissement spécialisé : **Décision d'orientation** (délivrée par la MDPH)
- ☐ Si votre enfant poursuit ses études dans un autre établissement : **Certificat de scolarité**

✓ **Tout dossier incomplet sera retourné.**

✓ **Je certifie que toutes les informations fournies sont exactes, et m'engage à informer le CAS de tout changement qui interviendrait ultérieurement** (Suspension ou renouvellement de l'AEEH, changement de régime de mon enfant, ...)

Fait à, le

Signature :