

DEMANDE DE PRESTATION SOCIALE

ALLOCATION ENFANT HANDICAPE DE 20 A 27 ANS POURSUIVANT DES ETUDES

Cette allocation est non soumise à conditions de revenus

Montant mensuel attribué : 30 % de la BMAF (base mensuelle de calcul au 1^{er} avril 2017)

Date de réception du dossier (à remplir par le Conseil Régional de Bourgogne-Franche-Comté) :

RENSEIGNEMENTS AGENT :

NOM d'usage :	NOM de jeune fille :
PRENOM :	DATE de NAISSANCE :
DIRECTION / ETABLISSEMENT :	TEL PROF/TEL PORTABLE :
SITUATION FAMILIALE(1) : Célibataire - Marié(e) Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - PACS - Vie maritale	ADRESSE PERSONNELLE :

(1) entourer votre situation actuelle

RENSEIGNEMENTS SUR L'(LES)ENFANT(S) DE L'AGENT CONCERNE(S) PAR L'ALLOCATION :

NOM	PRENOM	DATE de NAISSANCE	A CHARGE OUI / NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur cet imprimé,

Fait à _____, le _____

Signature :

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

La présente demande doit être adressée à :

Région Bourgogne-Franche-Comté
Adeline Cornevaux/Laurence Cuny
Direction des Ressources Humaines
4 square Castan
CS 51857
25031 BESANCON CEDEX

accompagnée **obligatoirement** des éléments suivants :

- Carte d'étudiant, attestation de scolarité ou d'activités de l'employeur du jeune adulte handicapé
- Notification de la décision de la MDPH du lieu de résidence reconnaissant la qualité de travailleur handicapé et précisant le taux d'incapacité

Ou

- En cas d'handicap non reconnu par la MDPH, avis favorable d'un médecin agréé pour l'obtention de la prestation
- Etat négatif de la CAF attestant que le jeune adulte ne perçoit pas l'allocation adulte handicap
- Attestation de l'employeur territorial du conjoint ou du concubin spécifiant le non versement de cette prestation