

**DEMANDE DE PRESTATION SOCIALE**

**ALLOCATION ENFANT HANDICAPE DE MOINS DE 20 ANS**

**Cette allocation est non soumise à conditions de revenus**

**Montant mensuel attribué au 1<sup>er</sup> janvier 2018 : 161,39 €**

*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) 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 :

<p><b>PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE</b></p>
---

La présente demande doit être adressée à :

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

accompagnée **obligatoirement** des éléments suivants :

- ☒ Notification de la décision de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) attribuant l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) à la famille
- ☒ Attestation du nombre de jours de retour au foyer, dans le cas d'un enfant placé en internat avec prise en charge intégrale délivrée par l'établissement
- ☒ Attestation de l'employeur territorial du conjoint ou du concubin spécifiant le non versement de cette prestation