académie Toulouse

RÉGION ACADÉMIQUE OCCITANIE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

PIM (prestation interministérielle) – Subventions pour séjours d'enfants en situation de handicap en vacances spécialisées - Année 2020

Les prestations d'action sociale sont des prestations à caractère facultatif. Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à rappel.

La date limite de RÉCEPTION des dossiers complets dans le service est fixée au :

- **03/02/2020 pour les vacances de noël (décembre 2019-janvier 2020)**
- **23/02/2020 pour les vacances d'hiver (février 2020)**
- **18/05/2020 pour les vacances de printemps (avril 2020)**
- **30/09/2020 pour les vacances d'été (juillet-aout 2020)**
- **01/12/2020 pour les vacances de Toussaint (octobre-novembre 2020)**

Références

Circulaire FP/4 n°1531 du 15 juin 1998.
Circulaire du 24 décembre 2019 relative aux prestations interministérielles d'action sociale à réglementation commune.

Conditions - Plafond des ressources

L'aide concerne tout séjour ayant eu lieu en 2020.
Son montant est fixé par la Circulaire du 24 décembre 2019 relative aux prestations interministérielles d'action sociale à réglementation commune.

Le dossier **complet** doit être retourné **(imprimé de demande et pièces justificatives) au bureau action sociale de la DSDEN (direction académique) de votre département d'affectation.**
(pour les agents exerçant en Haute-Garonne et exclusivement dans ce cas, l'envoi doit se faire à l'attention du Rectorat).

Tout dossier incomplet sera retourné

DEMANDE DE PAIEMENT

BOP :
(réservé à l'administration)

N° tiers CHORUS :
(réservé à l'administration)

NOM et Prénom du bénéficiaire : ----------

NOM et prénom de l'enfant : ----------

Montant attribué : ----------
(réservé à l'administration)

N° de DP :
(réservé à l'administration)

académie Toulouse

RÉGION ACADÉMIQUE OCCITANIE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

N° tiers CHORUS :

PIM (prestation interministérielle) – Subventions pour séjours d'enfants en situation de handicap - Vacances spécialisées - Année 2020

Renseignements concernant le demandeur

Nom d'usage : ---------- Prénom : ----------
Nom patronymique : ----------

N° Sécurité Sociale : ---------- Date de naissance : ----------

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ PACS ☐ Veuf ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Concubinage

Adresse personnelle : ----------

Tél : ---------- Courriel : ----------
Etablissement d'affectation :----------

Renseignements concernant le conjoint et/ou le père (mère)

Nom d'usage et prénom : ----------
Nom patronymique : ---------- Né(e) le : ----------
Profession : ---------- Employeur : ----------

Renseignements concernant le ou les enfants

Nom et prénom de l'enfant : ----------

Nom et adresse de l'organisme agrée : ----------

Durée du séjour: Du ---------- au ---------- **Coût** :

Je certifie sur l'honneur n'avoir perçu aucune 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.

Fait à ----------, le ----------

Signature

« Les personnes qui auraient fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de prestations devront rembourser les sommes indûment perçues par elles sans préjudice éventuellement des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur »

DEMANDE DE PAIEMENT

BOP :
(réservé à l'administration)

N° tiers CHORUS :
(réservé à l'administration)

NOM et Prénom du bénéficiaire : ----------

NOM et prénom de l'enfant : ----------

Montant attribué : ----------
(réservé à l'administration)

N° de DP :
(réservé à l'administration)

PIM (prestation interministérielle) –
Subventions pour séjours d'enfants en situation de handicap- Vacances spécialisées - Année 2020

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Je soussigné(e) ----------

Certifie que ----------

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type « aide aux frais de séjours adaptés aux situations de handicap» pour l'année 2020.

Concernant ----------

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous

Participation de l'employeur : ----------

CACHET
Date et signature originale
du responsable hiérarchique

Pièces à fournir impérativement

• **Copie de la facture acquittée** : **datée et signée**, portant **mention du coût total**, **nom et prénom** de l'enfant et de la **période**.

• **Un relevé d'identité bancaire ou postale**, récent du compte sur lequel est versé votre salaire ou pension.

• Photocopie du dernier bulletin de salaire du demandeur et du conjoint (si conjoint sans activité, joindre notification Pôle Emploi, notification d'admission à la retraite ou attestation sur l'honneur).

• Copie du contrat de travail d'une durée initiale de 10 mois pour les agents non titulaires.

• Attestation de l'employeur du conjoint certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint).

. **Justificatif de la situation de handicap et livret de famille.**

Dossier à renvoyer dès l'issue du séjour :

- **Uniquement pour les agents exerçant en Haute-Garonne :**

RECTORAT – SAMIS
Bureau Action Sociale
75, rue Saint-Roch – CS 87703
31077 TOULOUSE CEDEX 4

- **pour les agents exerçant dans un autre département de l'Académie :**

au bureau action sociale de la DSDEN (direction académique) de votre département d'affectation (résidence administrative ou personnelle pour les retraités)

TOUTE MODIFICATION DE SITUATION DEVRA ÊTRE SIGNALÉE AU BUREAU DE L'ACTION SOCIALE DE LA DSDEN DE VOTRE LIEU D'AFFECTATION (résidence personnelle pour les retraités).