

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES POUR L'ATTRIBUTION D'UN COMPLEMENT D'AAEH

Cette fiche complémentaire du dossier de demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) a pour but **d'informer la MDPH 78 des répercussions** du handicap de votre enfant sur votre situation familiale. Pour améliorer notre information, vous pouvez la compléter par les documents et/ou commentaires que vous jugerez utiles.

<b>Nom et prénom de votre enfant :</b>	Sa date de naissance :
<b>Votre nom et adresse :</b>	N° dossier MDPH :
	Votre numéro de téléphone :

### 1° SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

Si votre réduction ou absence totale d'activité professionnelle est motivée par la prise en charge de votre enfant handicapé, elle peut vous donner droit à l'attribution d'un complément. Cette situation pourra faire l'objet d'un contrôle de l'organisme payeur des prestations familiales.

#### MADAME

**Date de naissance :**  
**Profession :**

**Vous travaillez à temps plein**

**Vous travaillez à temps partiel**

*Précisez impérativement le nombre d'heures travaillées par semaine :*

**Vous ne travaillez pas**

*(Cochez la ou les case(s) ci-dessous correspondant à votre situation)*

Vous êtes dans la situation suivante :

- Au chômage non indemnisé
- En arrêt maladie, maternité, accident du travail
- Congé parental jusqu'au :.....
- Retraite
- Autre cas – Préciser en clair :  
.....

Vous percevez :

- Allocation adulte handicapé
- Indemnités journalières (maladie, maternité...)
- Pension d'invalidité de catégorie .....
- Rente accident du travail ou maladie profession.
- Allocations de chômage
- Pension de retraite
- Revenu de solidarité active (R.S.A)
- Autre cas – Préciser en clair :  
.....

#### MONSIEUR

**Date de naissance :**  
**Profession :**

**Vous travaillez à temps plein**

**Vous travaillez à temps partiel**

*Précisez impérativement le nombre d'heures travaillées par semaine :*

**Vous ne travaillez pas**

*(Cochez la ou les case(s) ci-dessous correspondant à votre situation)*

Vous êtes dans la situation suivante :

- Au chômage non indemnisé
- En arrêt maladie, maternité, accident du travail
- Congé parental jusqu'au :.....
- Retraite
- Autre cas – Préciser en clair :  
.....

Vous percevez :

- Allocation adulte handicapé
- Indemnités journalières (maladie, maternité...)
- Pension d'invalidité de catégorie .....
- Rente accident du travail ou maladie profession.
- Allocations de chômage
- Pension de retraite
- Revenu de solidarité active (R.S.A)
- Autre cas – Préciser en clair :  
.....

## 2° EMPLOI D'UNE TIERCE PERSONNE ET DUREE DE SON ACTIVITE

Lorsque vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, associé ou substitué à une réduction de votre activité professionnelle et motivé par la situation de votre enfant, vous pouvez également avoir droit à l'un des compléments d'allocation

Nombre d'heures par semaine :    8h    20h    Autre    Nombre d'heures:.....

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures **par mois** :..... **par an** :.....

## 3° FRAIS SUPPLEMENTAIRES LIES AU HANDICAP DE L'ENFANT

*Surcoûts liés au transport, aides techniques – aménagement du domicile, véhicule – appareillages, frais médicaux ou paramédicaux divers non ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires – couches, alèses et autres.*

**IMPORTANT : Les factures ou devis doivent être joints**

NATURE DES FRAIS	COUTS			PERIODICITE
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	Semaine, mois, année, occasionnelle
<b>TOTAL</b>				

## 4° INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT

**Votre enfant est pris en charge DANS LA JOURNEE :**

*Précisez dans le tableau suivant le temps de présence dans les structures d'accueil :*

Structure milieu ordinaire	Nbre d'heures/semaine	Structure médico-social ou sanitaire	Nbre d'heures/semaine
Crèche ou halte-garderie		Etablissement médico-social (IME, ITEP, IEM)	
Assistante maternelle		SESSAD	
Centre de loisirs		CAMSP	
Ecole maternelle/primaire		Hôpital de jour/CATTP	
Collège/lycée		Autre	
Université/études supérieures			
Autre :			

**Votre enfant est pris en charge en INTERNAT :**

*Indiquez le nombre de jours de présence à votre domicile : Jours/mois :..... **OU** Jours/an :.....*

*Précisez le nom et adresse de l'établissement :.....*

**Votre enfant ne bénéficie d'aucune prise en charge**

**5° TABLEAU A COMPLETER PAR VOS SOINS POUR APPORTER UN ECLAIRAGE A L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE D'EVALUATION SUR L'EMPLOI DU TEMPS HEBDOMADAIRE DE VOTRE ENFANT** (*Merci de préciser dans les cases où se trouve votre enfant et qui s'occupe de lui à ce moment-là*)

**ORGANISATION D'UNE SEMAINE TYPE**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<i>Heure du lever</i>							
<b>Matin</b>							
<b>Déjeuner</b>							
<b>Après-midi</b>							
<b>Dîner</b>							
<i>Heure du coucher</i>							
<b>Nuit</b>							

**Précisions complémentaires en cas de modifications sur la période des vacances scolaires :**

.....

.....

.....

**6° Vous avez la possibilité de mentionner ci-dessous d'autres informations complémentaires que vous jugerez utiles d'apporter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire sur les frais et les prises en charge actuelles de votre enfant :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ces renseignements sont certifiés exacts le :**

*Il vous est rappelé qu'une fausse déclaration peut entraîner des poursuites*

**Signature(s)**