

**DESTINATAIRE**

Madame la Directrice académique

**Division de la Gestion Individuelle**

s/c de M. ou Mme l'IEN de circonscription

Je soussigné(e) : Mme M. Nom ..... Prénom.....

Corps/Grade : .....

Ecole d'affectation : .....

Circonscription : .....

Adresse personnelle : .....

Préciser : votre numéro de téléphone :..... votre adresse courriel :.....@.....

Je souhaite

**bénéficiaire d'un congé de solidarité familiale**

Pour une période continue du :...../...../..... au ...../...../..... (3 mois au maximum)

Par périodes fractionnées d'au moins 7 jours consécutifs (durée cumulée de 6 mois au maximum) <sup>(1)</sup>

Sous forme d'un service à temps partiel du ...../...../..... au ...../...../..... Quotité : 50%

**proroger mon congé de solidarité familiale** (3 mois au maximum)

Pour une nouvelle période continue de 3 mois du :...../...../..... au ...../...../.....

Sous forme d'un service à temps partiel du ...../...../..... au ...../...../..... Quotité : 50%

Nom et Prénom de la personne accompagnée (2) .....

- Je note que je peux demander le bénéfice d'une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (3) dans la limite du nombre maximal de 21, ou de 42 (agent à temps partiel) qui me seront versés par mon employeur sous réserve de l'accord du régime d'assurance maladie dont relève la personne accompagnée.

- à cet effet, je complète et joins à ma demande le formulaire Cerfa ci-joint.

Date	Date
Signature de l'intéressé(e)	Signature de l'IEN

<sup>(1)</sup> Préciser les dates retenues sur papier libre

(2) Joindre toute pièce justifiant que la personne concernée est un ascendant, descendant ou un personne partageant votre domicile

(3) Le montant de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est fixé à 54.17 euros, sous réserve de revalorisation dans les conditions prévues à l'article 168-7 du code de la sécurité sociale

Grid for reception date

personne accompagnante

• identification

Form fields for identification: nom et prénom, numéro d'immatriculation, date de naissance, adresse

• lien avec la personne accompagnée

Form fields for relationship: ascendant, descendant, frère ou soeur, personne de confiance, personne partageant le même domicile

• situation professionnelle de la personne accompagnante

Form fields for professional situation: vous êtes salarié(e) et vous bénéficiez d'un congé de solidarité familiale, vous êtes non salarié(e) et vous avez suspendu ou réduit votre activité professionnelle, vous êtes chômeur indemnisé et vous avez cessé toute recherche active d'emploi, autre situation

Form fields for parental leave: percevez-vous le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ou l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ?

• modalités de l'accompagnement

Form fields for accompaniment modalities: nombre d'allocations journalières demandées, indiquez ci-dessous les dates de début et de fin de la période retenue

Form fields for sharing: vous partagez l'allocation avec une ou plusieurs personnes : oui non

personne accompagnée

• identification

Form fields for identification: nom et prénom, numéro d'immatriculation, date de naissance, adresse où aura lieu l'accompagnement

• organisme de rattachement

Form field for attachment: nom et adresse de l'organisme chargé du remboursement des frais de santé de la personne accompagnée

déclaration sur l'honneur de la personne accompagnante

Declaration text: Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande et sur le(s) document(s) joint(s). Fait à : date Signature du demandeur



attestation à faire compléter par le médecin de la personne accompagnée

Form fields for doctor's attestation: nom et prénom du médecin, identifiant, raison sociale, adresse, n° structure

Form fields for doctor's attestation: Je soussigné(e) certifie que l'état de santé de M., Mme, Mlle, Fait à : date Signature du médecin

\* L'article L. 168-1 précise qu'il s'agit de l'accompagnement à domicile d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable quelle qu'en soit la cause.

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale-g-0 L'organisme qui versera l'allocation vérifiera l'exactitude des déclarations.

## NOTICE

## Ce qu'il faut savoir

- Vous accompagnez à domicile<sup>1</sup> une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause ;
- Vous êtes un ascendant, un descendant, un frère, une sœur, une personne de confiance de la personne accompagnée au sens de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique ou partagez le même domicile que la personne accompagnée (par exemple, conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin...) ;
- Vous avez suspendu ou réduit votre activité professionnelle, ou cessé de rechercher activement un emploi.

Vous pouvez demander l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Cette allocation peut vous être versée au maximum pendant 21 jours dans le cas d'une suspension d'activité, ou 42 jours dans le cas d'une réduction d'activité. Il n'est pas obligatoire de prendre ces journées de manière consécutive.

L'allocation n'est pas cumulable avec les revenus de remplacement suivants : indemnités journalières de maladie, maternité, paternité, adoption, accident du travail, allocation de chômage, complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), allocation journalière de présence parentale (AJPP). Toutefois, si vous poursuivez une activité à temps partiel, le cumul de l'allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie et l'indemnisation pour congés maladie ou accident du travail/maladie professionnelle et/ou l'indemnisation pour congés maladie ou accident du travail/maladie professionnelle.

L'allocation peut être répartie entre plusieurs accompagnants. Dans ce cas, vous devez vous partager l'allocation. Chacun d'entre vous doit remplir une demande indiquant le nombre d'allocations journalières souhaitées et préciser que d'autres personnes ont formulé une demande.

## Vous devez être salarié(e), non salarié(e) ou chômeur indemnisé

- Si vous êtes salarié(e), vos périodes d'absence doivent s'inscrire dans le cadre d'un congé de solidarité familiale demandé à votre employeur, soit à temps complet, soit transformé en période d'activité à temps partiel.
- Si vous êtes non salarié(e), vous devez avoir suspendu ou réduit votre activité professionnelle.
- Si vous êtes chômeur indemnisé, vous devez informer l'organisme qui vous sert les indemnités de chômage afin qu'il en interrompe temporairement le versement.
- Si vous êtes bénéficiaire du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ou de l'allocation journalière de présence parentale, vous devez informer l'organisme qui vous sert ces prestations afin qu'il les interrompe temporairement, sauf en cas de poursuite d'une activité à temps partiel.

Si vous n'êtes pas dans l'une des situations décrites ci-dessus (par exemple, vous bénéficiez d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de vieillesse ou vous êtes au chômage non indemnisé), vous ne pouvez pas percevoir cette allocation.

## Pièce à joindre à votre demande

- ❶ Vous êtes salarié(e) : une attestation de votre employeur précisant que vous bénéficiez d'un congé de solidarité familiale (l'attestation devra porter les dates de début et de fin de ce congé) ou que vous l'avez transformé en période d'activité à temps partiel.
- ❷ Vous êtes non salarié(e) : une déclaration sur l'honneur précisant que vous avez soit suspendu, soit réduit votre activité professionnelle pour accompagner à domicile une personne en fin de vie.
- ❸ Vous êtes chômeur indemnisé : une déclaration sur l'honneur de cessation de recherche active d'emploi précisant que cette cessation de recherche d'emploi est motivée par la nécessité d'accompagner à domicile une personne en fin de vie. Vous devez également indiquer le nom et l'adresse de l'organisme qui vous verse les indemnités ainsi que votre n° Pôle emploi.

## Où envoyer votre demande ?



A l'organisme auprès duquel vous êtes rattaché(e). Il est compétent pour vous servir l'allocation.

<sup>1</sup> Votre domicile, le domicile de la personne accompagnée, domicile d'un tiers, EHPAD...

N'ouvre donc pas droit au versement de l'allocation, l'accompagnement d'une personne hospitalisée sauf lorsque l'hospitalisation intervient après le début du versement de l'allocation. Dans ce cas l'allocation continue d'être servie les jours d'hospitalisation.