



Participation aux frais consécutifs à l'hospitalisation d'un proche

A retourner au Rectorat – Service SRASP – Bureau de l'Action Sociale
10 rue de la Convention – 25030 BESANCON CEDEX
Tel : 03.81.65.47.38

dans les 2 mois qui suivent la date d'hospitalisation du proche concerné

Etablissement d'exercice du demandeur : Enseignement public Enseignement privé Enseignement supérieur

Département : 25 39 70 90

| DEMANDEUR | | | |
|--|--|-----------------------------|--|
| NOM de famille : | | NOM d'usage : | |
| Prénom : | | Date et lieu de naissance : | |
| N° INSEE complet avec la clé (13 chiffres + 2) figurant sur votre Carte Vitale | | Grade : | |
| Etablissement d'affectation : | | | |

AYANTS-DROIT

Sont éligibles à cette prestation :

- ▶ les agents stagiaires ou titulaires en position d'activité ou à la retraite
- ▶ les agents non titulaires liés à l'Etat par un contrat de droit public conclu pour une durée initiale égale ou supérieure à 6 mois et rémunérés sur le budget de l'Etat
- ▶ les assistants d'éducation (A.E.D.)
- ▶ les accompagnants d'élèves en situation de handicap (A.E.S.H.) recrutés et rémunérés par les services déconcentrés de l'Etat ou les établissements publics locaux d'enseignement
- ▶ les apprentis rémunérés sur le budget de l'Etat
- ▶ les veufs ou veuves d'agents décédés et leurs orphelins à charge

BÉNÉFICIAIRES

Sont concernés par la mise en œuvre de cette prestation les ayants-droit appelés à être hospitalisés ou confrontés à l'hospitalisation de leur conjoint (marié ou pascé) ou de leur(s) enfant(s) fiscalement à charge dans un établissement de soins éloigné de leur domicile personnel.

PROCHE CONCERNÉ PAR LA PRÉSENTE DEMANDE

| NOM | Prénom | Date de naissance | Lien de parenté avec le demandeur | Nom et adresse de l'établissement de soins où a été hospitalisé le proche |
|-----|--------|-------------------|-----------------------------------|---|
| | | | | |

Distance en kilomètres entre le lieu du domicile du demandeur et le lieu d'hospitalisation du proche malade : _____ km

Date de début d'hospitalisation : _____

Date de fin d'hospitalisation : _____

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ⁽¹⁾ M. / Mme _____

sollicite l'attribution de l'A.S.I.A., objet de la présente demande et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et des pièces fournis. Je m'engage à signaler à l'administration tout changement.

Changement intervenu dans ma situation depuis le dépôt de ma demande initiale : oui non

Si oui, indiquer le(s)quel(s) avec les justificatifs à l'appui

Fait à _____, le _____

Signature :

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes et de fausses déclarations (article L. 554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 du Code pénal).
L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L. 583-3 du code de la Sécurité Sociale).*

⁽¹⁾ NOM et prénom du demandeur

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Les ressources familiales ne doivent pas excéder un quotient familial académique (Q.F.A.) de 1 033 €, calculé de la façon suivante :

$$\text{Q.F.} = \text{Revenu Brut Global}^{(*)} : 12 : \text{nombre de parts fiscales}$$

() figurant sur votre avis d'impôt sur les revenus de l'année N-2*

Calcul du QFA :

| | | | |
|-------------------------------------|-------|---|-------------------------------|
| Revenu Brut Global | € | = | € |
| | _____ | | |
| | 12 | | |
| Nombre de parts fiscales | | | |
| Quotient Familial Académique | | | doit être inférieur à 1 033 € |

Le trajet domicile personnel du demandeur ⇒ lieu d'hospitalisation du proche malade doit être supérieur à 50 kilomètres.

La durée d'hospitalisation du proche doit être supérieure à 3 jours consécutifs. Toutefois, la prise en charge des frais d'accompagnement d'un proche hospitalisé est effective à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation.

MONTANT DE LA PRESTATION

Le montant de la prestation est calculé sur la base d'une indemnité kilométrique forfaitaire de 30 € par jour sur présentation d'une attestation d'hospitalisation de la personne concernée et d'une déclaration sur l'honneur de l'accompagnant certifiant s'être rendu au chevet du proche hospitalisé. Les éventuels frais de péage et de stationnement liés à ce déplacement restant à la charge de l'accompagnant. Le montant de l'indemnité forfaitaire kilométrique est plafonné à 600 € par année scolaire soit vingt allers-retours.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ⁽¹⁾ M / Mme _____

atteste sur l'honneur m'être rendu(e) _____ fois auprès de _____ ⁽²⁾

hospitalisé dans l'établissement de soins de _____ ⁽³⁾

et demande à bénéficier de l'indemnité forfaitaire kilométrique de 30 € par jour pour les déplacements effectués.

Fait à _____, le _____

Signature :

- (1) NOM et prénom du demandeur
 (2) NOM, prénom et lien de parenté du proche
 (3) NOM et lieu de l'établissement de soins

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À VOTRE DOSSIER

ATTENTION : Pour toute 1^{ère} demande de prestation d'action sociale, joindre également le dossier initial de demande de prestation d'action sociale dûment rempli et accompagné des pièces justificatives. Faute de disposer de ce dossier nécessaire à la prise en charge financière des dossiers de prestations sociales dans les nouvelles applications informatiques, votre dossier ne pourra pas être instruit. **Ce dossier initial n'est pas à fournir s'il a déjà été transmis.**

Justification des ressources : (veiller à ce que tous les chiffres du revenu brut global et du revenu fiscal de référence soient entièrement lisibles sur la photocopie)

➤ Photocopie complète de votre avis d'impôt sur le revenu 2018 (sur les revenus de l'année 2017)

Combien d'exemplaires d'avis d'impôt fournir ? :

Vous êtes mariés ou pacsés : 1 justificatif pour le ménage

Vous vous êtes mariés ou pacsés en 2017 : 3 justificatifs (un pour chacun en qualité de célibataire et un commun)

Vous vivez maritalement : 2 justificatifs (1 pour chacun des membres du couple)

Remplir la déclaration sur l'honneur en page 2

Remplir l'attestation sur l'honneur en page 3 (uniquement en cas de demande de prise en charge au titre de l'indemnité forfaitaire kilométrique)

Photocopie de l'attestation d'hospitalisation

Facture d'hébergement au nom de l'accompagnant en cas de demande de participation aux frais de séjour avec nuitées au titre du forfait d'hébergement

Photocopie des pages du livret de famille établissant le lien de parenté

Relevé d'Identité Bancaire ou Postal uniquement en cas de changement après le dépôt du dossier initial

Pour les personnels contractuels, joindre une photocopie du contrat de travail sauf en cas de 1^{ère} demande où il sera joint dans le dossier initial

En cas de changement survenu depuis le dépôt de votre dossier initial, veuillez fournir les pièces justifiant le changement (arrêté d'affectation en cas de mutation, livret de famille en cas de naissance, ...).

NB :

➔ Les demandeurs dont les dossiers seront retenus recevront directement le montant de l'aide sur leur compte bancaire

➔ Les demandeurs dont les dossiers ne seront pas retenus recevront une lettre de refus motivée

➔ **Le montant de l'aide est limité aux dépenses réellement supportées par la famille**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre l'instruction administrative et financière de demandes de prestations interministérielles (P.I.M.) ou d'action sociale d'initiative académique (A.S.I.A.).

Les destinataires des données collectées sont le bureau d'action sociale et la plateforme CHORUS du Rectorat de l'Académie de Besançon.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Rectorat de l'académie de Besançon, Division des Personnels Enseignants, Bureau de l'Action Sociale, 10 rue de la Convention, 25030 BESANCON CEDEX.

Vous pouvez également, pour motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

TOUT DOSSIER PARVENU HORS DÉLAI NE POURRA ÊTRE TRAITÉ

A.S.I.A. - Participation aux frais d'hospitalisation d'un proche

PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

NOM et prénom du demandeur : _____ Grade : _____

Proche concerné par la présente demande : _____

Date de réception du dossier : _____

| Montant QFA : | | OUI | NON |
|---------------|-------------------------------|-----|-----|
| | doit être inférieur à 1 033 € | | |

Autres critères :

| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Date limite d'envoi ou de dépôt du dossier respectée | | |
| Durée d'hospitalisation du proche malade supérieure à 3 jours | | |
| Trajet lieu du domicile du demandeur ⇔ lieu d'hospitalisation du proche malade supérieur à 50 km | | |

| | Nombre de jours | Montant de l'aide accordée |
|---|-----------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Forfait kilométrique : 30 €/jour (*) | | |

(*) plafonnement à 600 €

Contrôle de la régularité du dossier :

La présente demande :
 correspond ne correspond pas
 aux critères de présentation du dossier fixés par l'arrêté rectoral du 29 avril 2019.

Domaine(s) dans le(s)quel(s) le dossier n'est pas conforme aux critères :

Ordonnateur : RECTORATProgramme :

N° de DP : _____

- 214 – public
 139 – privé
 150 – supérieur

Après examen des pièces justificatives présentées par l'agent, le Recteur de l'Académie de Besançon décide :

- d'octroyer une aide d'un montant de : _____ €
 de ne pas octroyer d'aide

Visa de l'autorité chargée du contrôle