

**DEMANDE D'ATTRIBUTION DE L'AIDE AUX HANDICAPÉS – SÉJOUR DE VACANCES
EN FAMILLE HORS DU DOMICILE FAMILIAL.**

Départ en famille ⁽¹⁾ *Départ des parents seuls* ⁽¹⁾

I. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR.

NOM : NOM de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : à : Département ⁽²⁾ :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone professionnel : Téléphone personnel :

Adresse électronique :

Situation familiale ⁽¹⁾ : Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Célibataire
 Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)

Armée, direction ou service d'appartenance ⁽¹⁾ :

Terre Marine Air et Espace SGA EMA et services communs DGA Gendarmerie

Etablissement public ⁽³⁾ :

Autres ⁽³⁾ :

Catégorie professionnelle ⁽¹⁾ :

Officier Sous-officier ou officier marinier Militaire du rang

Civil A Civil B Civil C Ouvrier de l'État Contractuel

Position statutaire ⁽⁴⁾ :

Ayant droit ⁽⁵⁾ :

Je souhaite que la décision d'attribution ou de refus d'attribution de ma demande d'aide aux handicapé(s) – séjour de vacances en famille hors du domicile familial me soit adressée ⁽¹⁾ :

Par voie postale **ou** Par courriel à l'adresse électronique sus mentionnée

II. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ENFANT.

NOM : Prénom :

Né(e) le : à : Département ⁽²⁾ :

Taux d'invalidité :

III. DÉPENSES SUPPLÉMENTAIRES LIÉES AU HANDICAP POUR LES SÉJOURS EN FAMILLE OU POUR LA GARDE DE L'ENFANT HANDICAPÉ LORSQUE LES PARENTS PARTENT SEULS.

NATURE	MONTANT

IV. DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations dont la finalité est : la gestion et le suivi de l'accompagnement social, des demandes d'aides et de prestations d'action sociale délivrées au profit des ressortissants du ministère des armées et l'élaboration de statistiques aux fins de pilotage de la politique d'action sociale des armées en vue d'améliorer la qualité du service rendu aux ressortissants.

La durée de conservation des informations est de deux ans après la dernière intervention effectuée pour le ressortissant puis ces informations sont anonymisées et reversées pour archivage.

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation de vos données.

En cas de demande d'accès à vos données traitées par le SIAS et en cas de demande de rectification de ces données, vous devez vous adresser, par courrier postal, à l'assistant de service social dont vous dépendez qui transmettra votre demande au service de l'action sociale des armées pour décision.

Si vous vous opposez au traitement de vos données, cette prestation, présente dans le SIAS, ne peut vous être délivrée.

V. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR.

Je soussigné(e),

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies ;
- reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le système d'information de l'action sociale (SIAS) destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations ;
- sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

Ladite aide sera versée sur le compte bancaire suivant (**Joindre un RIB ou RIP**) :

[_____] [_____]
 IBAN BIC

Nom et adresse de la banque :

Fait à, le

Signature

- (1) Cocher la case utile.
- (2) Ou collectivité d'outre-mer ou pays si né(e) hors de France.
- (3) Indiquer obligatoirement et clairement le nom de l'établissement ou de l'organisme.
- (4) Activité ou non-activité ou congé ou officier général 2^{ème} section. Si non-activité ou congé, préciser.
- (5) Si vous êtes conjoint survivant, partenaire lié par un pacs survivant ou concubin survivant d'un ressortissant ou tuteur légal cocher et préciser : conjoint survivant ou partenaire lié par un pacs survivant ou concubin survivant de (Nom Prénom du ressortissant décédé) ou tuteur légal de l'enfant de (Nom Prénom du ressortissant décédé). Cocher également l'armée, la direction ou le service d'appartenance et la catégorie professionnelle du ressortissant décédé.

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE.

- Justificatif d'un taux d'incapacité d'au moins 50 p 100 délivré par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).
- Copie des factures de dépenses.
- Copie du livret de famille.
- Relevé d'identité bancaire ou postal (compte sur lequel l'aide sera versée).
- Justificatif de la qualité de tuteur légal, en cas de décès du ressortissant.