

# DEMANDE D'AIDE POUR L'ACCUEIL D'ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP - ANNEE 2026

109 Boulevard Louis Blanc – TSA 50 010 – 85927 La Roche sur Yon Cedex 9 - Tél. 32.30 - [www.caf.fr](http://www.caf.fr)

08-111 – maj 12-2025

## A TRANSMETTRE

**AU PLUS TOT 1 MOIS AVANT ET AU PLUS TARD 1 SEMAINE AVANT LA DATE D'INTERVENTION**

### MERCI DE COCHER UNE SEULE PERIODE

- Période 1 : du 01/01/2026 au 28/02/2026
- Période 2 : du 02/03/2026 au 25/04/2026
- Période 3 : du 27/04/2026 au 04/07/2026
- Période 4 : du 06/07/2026 au 31/08/2026
- Période 5 : du 01/09/2026 au 31/10/2026
- Période 6 : du 02/11/2026 au 31/12/2026 (les demandes doivent nous parvenir au plus tard le **4/12/2026**)

### Pour toutes correspondances :

Service des Aides Collectives - Tél. 02.51.44.73.60 – mail : [Aideshandicap@caf85.caf.fr](mailto:Aideshandicap@caf85.caf.fr)

- L'intervention ne peut débuter qu'après accord de la Caf
- Le nombre d'heures d'interventions annuelles est plafonné à 385 heures par enfant

## 1 – IDENTITE DU BENEFICIAIRE

Nom et prénom de l'allocataire : ..... N° Allocataire : .....

Enfant concerné par la demande (1) :

Nom	Prénom	Age	AEEH	Reconnaissance « MDPH »	En cours de diagnostic (2)

(1) Si la demande concerne plusieurs enfants pris en charge par le même intervenant sur les mêmes jours, joindre la liste détaillée selon le modèle ci-dessus

(2) En cours de diagnostic = enfant inscrit dans un parcours, une orientation... (PCO, SESSAD, centre hospitalier...)

## 2 – IDENTITE DU DEMANDEUR

- EAJE       Accueil de loisirs/AJ

Identité du demandeur :

Association     Collectivité

Adresse de la structure : .....

Personne chargée du suivi du dossier :

Nom – Prénom : ..... Fonction : .....

N° téléphone : ..... E-mail : .....

### 3 – IDENTITE ET QUALIFICATION DE L’INTERVENANT EMPLOYE PAR LE GESTIONNAIRE EAJE/ALSH

Nom-Prénom : .....

Qualification : .....

Formation complémentaire (indiquer si l’encadrant a ou va participer à des formations qualifiantes) :

ANNEE	REALISEE / EN COURS / A VENIR	THEMATIQUE

### 4 – IDENTITE DU PRESTATAIRE SAAD ET DE L’INTERVENANT

Nom : .....

Adresse : .....

Nom de l’intervenant : ..... Qualification : .....

Personne chargée du suivi du dossier :

Nom – Prénom : .....

N° téléphone : .....

E-mail : .....

#### **Diplômes et qualifications des intervenants :**

Les employeurs (SAAD, gestionnaire EAJE/ALSH/AJ) devront fournir auprès de la Caf, dans le cadre de contrôle, les diplômes et qualifications de chaque intervenant.

### 5 – MODALITES DE L’ACCUEIL

**Joindre le planning hebdomadaire ou le programme détaillé notifiant le nombre d’heures par jour d’accueil**

Nombre total d’heures sollicitées sur la période : .....

Complément d’information : .....

### 6 – EXPOSE SYNTHETIQUE DES BESOINS

.....

.....

.....

.....

## 7 – DECLARATION D’ACCORD SUR LE CADRE D’INTERVENTION

Nous, structure d'accueil et association d'aide à domicile ou structure d'accueil et intervenant AVS, déclarons nous être concertés afin d'établir conjointement un cadre d'intervention adapté à l'accueil de l'enfant susnommé

### Le gestionnaire d'accueil,

En tant qu'association ou fondation (case à cocher) :

- déclare que l'association souscrit au Contrat d'Engagement Républicain annexé au décret du 31 décembre 2021 pris pour l'application de l'article 10-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, et respecte son contenu. Tout manquement observé à ce titre est de nature à justifier un retrait de tout ou partie de la subvention accordée.

Pour tous,

- déclare être à jour de mes cotisations sociales obligatoires ou ne pas être assujetti à ces cotisations
- consens à la transmission à la CAF de la Vendée du présent formulaire dans le but de calculer le montant de la participation financière qui sera versée à la structure d'accueil ou au prestataire, dans le respect du règlement général sur la protection des données.

Fait à ..... le .....

Signature

### Le prestataire,

Fait à ..... le .....

Signature

## 8 - PARTIE RESERVEE A LA CAF

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Période 1 : du 01/01/2026 au 28/02/2026 | <input type="checkbox"/> Période 2 : du 02/03/2026 au 25/04/2026 |
| <input type="checkbox"/> Période 3 : du 27/04/2026 au 04/07/2026 | <input type="checkbox"/> Période 4 : du 06/07/2026 au 31/08/2026 |
| <input type="checkbox"/> Période 5 : du 01/09/2026 au 31/10/2026 | <input type="checkbox"/> Période 6 : du 02/11/2026 au 31/12/2026 |

**Accord**

- Prise en charge accordée pour ..... heures

**OBSERVATIONS :**

**Refus**

**Date :**

**Signature :**

L'avis est délivré sous réserve du conventionnement entre le demandeur et la CAF de la Vendée en 2025 et sous réserve des enveloppes allouées