

DEMANDE D'AIDE POUR L'ACCUEIL D'ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP - ANNEE 2025

109 Boulevard Louis Blanc – TSA 50 010 – 85927 La Roche sur Yon Cedex 9 - Tél. 32.30 - www.caf.fr

08-111 – maj 08-2025

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 01/01/2025 au 21/02/2025
- ☐ Période 2 : du 24/02/2025 au 18/04/2025
- ☐ Période 3 : du 22/04/2025 au 04/07/2025
- ☐ Période 4 : du 07/07/2025 au 29/08/2025
- ☐ Période 5 : du 01/09/2025 au 31/10/2025
- ☐ Période 6 : du 03/11/2025 au 31/12/2025 (les demandes doivent nous parvenir au plus tard le **5/12/2025**)

Pour toutes correspondances :

Service des Aides Collectives - Tél. 02.51.44.73.60 – mail : 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 :

Structure concernée :

☐ 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.

Fait à

le

Signature

Le prestataire,

Fait à

le

Signature

8 - PARTIE RESERVEE A LA CAF

☐ Période 1 : du 01/01/2025 au 21/02/2025

☐ Période 2 : du 24/02/2025 au 18/04/2025

☐ Période 3 : du 22/04/2025 au 04/07/2025

☐ Période 4 : du 07/07/2025 au 29/08/2025

☐ Période 5 : du 01/09/2025 au 31/10/2025

☐ Période 6 : du 03/11/2025 au 31/12/2025

☐ **Accord**

- **Prise en charge accordée pour heures**

☐ **Refus**

Date :

Signature :

OBSERVATIONS :

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