



**MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE L'ALIMENTATION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DEMANDE DE PRESTATIONS SOCIALES AU MAA

Date de la demande :

Nom et Prénom de l'agent :

Affectation :

**DOSSIER-
AGENT 1/2**

**Dossier à remplir, dater, signer et à envoyer au Service RH de votre lieu d'affectation
avec la ou les Annexe-s correspondante-s* accompagné des pièces justificatives**

(cocher la case correspondant à la prestation choisie)

<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION AUX PARENTS SÉJOURNANT EN MAISON DE REPOS ACCOMPAGNÉS DE LEUR(S) ENFANT(S) (F1)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION AUX FRAIS DE SÉJOURS EN CENTRE DE VACANCES AVEC HÉBERGEMENT (F2 ou F2 BIS)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION AUX FRAIS DE SÉJOURS EN CENTRE DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT (F3 ou F3 BIS)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION AUX FRAIS DE SÉJOURS EN CENTRE FAMILIAL DE VACANCES OU EN GÎTES (F4 ou F4 BIS)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION AUX FRAIS DE SÉJOURS MIS EN OEUVRE DANS LE CADRE ÉDUCATIF (F5 ou F5 BIS)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION DE PARTICIPATION AUX FRAIS DE SÉJOURS LINGUISTIQUES (F6 ou F6 BIS)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION VERSÉE AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPÉS DE MOINS DE 20 ANS (F7)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION POUR JEUNES ATTEINTS D'UNE MALADIE CHRONIQUE OU D'UN HANDICAP ET POURSUIVANT DES ÉTUDES OU UN APPRENTISSAGE AU-DELÀ DE 20 ANS ET JUSQU'À 27 ANS (F8)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION AUX FRAIS DE SÉJOURS EN CENTRES DE VACANCES SPÉCIALISÉS (F9)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'ALLOCATION TROUSSEAU-NEIGE (F14)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'AIDE A L'ACCÈS AU LOGEMENT LOCATIF (F15)
<input type="checkbox"/>	DEMANDE D'AIDE A LA SCOLARITÉ (F16a et F16b)

LA DEMANDE DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE :

- 1) du «**DOSSIER-AGENT**» rempli, daté et signé ;
- 2) de la ou les **ANNEXE-S** correspondante-s à la prestation concernée ;
*(seulement quand une Annexe est demandée en même temps que les pièces justificatives)
- 3) de toutes les **PIÈCES JUSTIFICATIVES** requises.

LES FACTURES ET LES ATTESTATIONS DE SÉJOURS DOIVENT ÊTRE SIGNÉES A L'ENCRE BLEUE ET COMPORTER LE CACHET DE L'ORGANISME

NOM de l'agent : **PRÉNOM :**

TITULAIRE ☐ CONTRACTUEL (ACEN/R + de 6 mois) ☐ CATÉGORIE : A ☐ B ☐ C ☐

AFFECTATION :

ADRESSE ADMINISTRATIVE :

ADRESSE MÉL (*pro et/ou perso*) :

TÉLÉPHONE (*fixe et/ou mobile*) :

Nbre. d'ENFANT(s) à CHARGE : Marié(e) ☐ Div./Séparé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐

Fam. monoparentale ☐ Veuf(ve) ☐ Agent ou pers. à charge porteur de handicap ☐ Célibataire ☐

ADRESSE PERSONNELLE :

PROFESSION DU (DE LA) CONJOINT(E) ou CONCUBIN(E):

☐ Je soussigné(e) :
atteste n'avoir reçu aucun autre avantage relatif à ce séjour / cette demande.

☐ Je soussigné(e) :
atteste avoir reçu la somme de : de la part de(s) l'organisme(s) :
(joindre les justificatifs).

Fait à : le :

SIGNATURE DE L'AGENT,

En fonction de mon lieu d'affectation, le lieu d'instruction de mon dossier est différent :

La gestion des prestations d'action sociale est DÉCONCENTRÉE : **envoyez votre dossier au bon endroit !**

