

**ANNÉE :** \_\_\_\_\_

**AIDE LIÉE A UN PROBLÈME DE SANTÉ**

**DARH1**  
Bureau de l'action sociale

**POUR LA GIRONDE :**

Affaire suivie par :  
Estelle MAISSE  
Tél : 05 57 57 38 00 (poste 44 48)  
Mél : estelle.maisse@ac-bordeaux.fr

**POUR LES AUTRES DEPARTEMENTS :**

Affaire suivie par :  
Marc RICHARDEAU  
Tél : 05 57 57 38 00 (poste 44 78)  
Mél : marc.richardeau@ac-bordeaux.fr

5 rue Joseph de Carayon-Latour CS 81499  
33060 Bordeaux Cedex

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR**

**Mél :**

**N° INSEE + Clé :**

**Nom de naissance – Prénom :**

**Nom d'usage :**

**Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Adresse personnelle :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :**

**Portable :**

**Situation de famille (cocher la case correspondante) :**

- Célibataire       Marié(e)       Pacs - Union libre  
 Séparé(e)       Divorcé(e)       Veuf(ve)

**Fonction :**

**Etablissement d'exercice :**

**Adresse :**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT**

**Nom – Prénom :**

**Profession :**

**Lieu d'exercice :**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS**

Enfant(s)		Date de naissance	Âge
Nom	Prénom		

## **PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR**

Dossier disponible sur le site académique (Action sociale en faveur des personnels)

- 1 relevé d'identité bancaire ou postal dont les coordonnées sont identiques à celles qui figurent sur votre bulletin de salaire
- 1 photocopie très lisible du dernier bulletin de salaire en votre possession
- Pour les non titulaires 1 photocopie du ou des contrats de travail pour l'année considérée
- 1 photocopie du livret de famille dans son intégralité ou de la carte d'identité pour les célibataires sans enfant
- 1 photocopie de l'avertissement d'impôt reçu au cours de l'année de la demande (N-1)
- Copies des documents de la mutuelle précisant le montant à charge et des factures des soins
- Allocations CAF

## **I - CONDITIONS D'ATTRIBUTION**

- Pour les dossiers relatifs à des frais dentaires, seuls ceux liés à un problème médical sont examinés.
- En cas de surdité, seuls les fonctionnaires retraités peuvent effectuer une demande d'aide liée à un problème de santé pour l'achat de prothèses auditives.
- La surdité étant aujourd'hui reconnue comme un handicap, les personnels peuvent obtenir la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et avoir droit à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) attribuée par les Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH).  
Ce statut permet la prise en charge financière des prothèses auditives par l'employeur et le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP).  
*Dossier de demande d'aménagement de poste de travail personnel en situation de handicap à demander à la Mission Handicap du rectorat de Bordeaux (correspondant-handicap@ac-bordeaux.fr).*
- Les demandes d'aides liées à un problème de santé pour des participations à des dépassements d'honoraires relatifs à des frais d'intervention chirurgicale ne sont pas acceptées sauf pour des situations exceptionnelles

## **II - BÉNÉFICIAIRES**

- Fonctionnaires titulaires ou stagiaires, en activité, rémunérés sur le budget de l'Etat
- Contractuels bénéficiaires de contrat conclus pour une durée égale ou supérieure à 10 mois, rémunérés sur le budget de l'Etat
- Auxiliaires et contractuels rémunérés sur le budget de l'Etat et ayant une période d'activité égale ou supérieure à 6 mois consécutifs
- Assistants d'éducation, personnels chargés de l'accompagnement des élèves en situation de handicap (AESH) et contractuels des GRETA
- Ayant-droit (veufs ou veuves non remariés titulaires d'une pension de réversion, tuteur d'orphelins d'un agent de l'Education Nationale)
- Fonctionnaires retraités

### **III - CALCUL DE L'AIDE LIÉE A UN PROBLÈME DE SANTÉ**

#### **MODE DE CALCUL DU QUOTIENT FAMILIAL**

Ce quotient familial s'obtient en divisant les ressources mensuelles de l'intéressé, de son conjoint et les autres compléments familiaux (allocations CAF) par le nombre de personnes vivant au foyer.

**Le montant de ce quotient familial donne droit à un pourcentage de la participation à l'aide liée à un problème de santé :**

<b>Montant quotient familial</b>	<b>Pourcentage de participation</b>
<b>Inférieur ou égal à 550 €</b>	<b>100 % du reste à charge</b>
<b>Compris entre 551 € et 620 €</b>	<b>90 % du reste à charge</b>
<b>Compris entre 621 € et 930 €</b>	<b>70 % du reste à charge</b>
<b>Compris entre 931 € et 1 230 €</b>	<b>50 % du reste à charge</b>
<b>Supérieur à 1 230 €</b>	<b>30 % du reste à charge</b>

#### **MODE DE CALCUL DU RESTE À CHARGE**

Le reste à charge est le prix d'achat moins le remboursement de droit commun (le montant pris en charge par la sécurité sociale et la mutuelle etc.).

***Le pourcentage de participation se calcule sur le montant du reste à charge.***

### **IV - RENSEIGNEMENTS BANCAIRES**

**Coller ici, de façon détachable, le RIB ou le RIP**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

**La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations  
- Articles 441-1 et 441-2 du Code Pénal -**