**Modèle d’arrêté**

***Portant attribution d’un congé de proche aidant (agent contractuel)***

🕬 Les mots inscrits en italique et cet encadré doivent faire l’objet d’un choix et/ou être enlevés dans la version définitive de l’arrêté.

*Logo ou blason de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*

*Nom du département*

*Nom de l’arrondissement*

*Nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*

**Arrêté n°20***…* **- …** *(n° d’ordre)*

**portant attribution d’un congé de proche aidant**

**à** *Madame ou Monsieur* **…** *(prénom et NOM de l’agent)*

*Le-La Maire-Président-Présidente de* … *(nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public sauf si vous inscrivez ce nom en haut à gauche),*

Vu le Code général des collectivités territoriales, notamment son article …[[1]](#footnote-1),

Vu le Code général de la fonction publique, notamment ses articles L.632-1 à L.632-4,

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, notamment ses articles 14-4 et 33,

Vu le décret n°2020-1208 du 1er octobre 2020 relatif à l'allocation journalière du proche aidant et l'allocation journalière de présence parentale,

Vu le décret n°2020-1557 du 8 décembre 2020 relatif au congé de proche aidant dans la fonction publique,

Vu la demande écrite en date du … formulée par *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* sollicitant un congé de proche aidant,

Vu la déclaration sur l’honneur attestant du lien familial du demandeur avec la personne aidée ou de l’aide apportée à une personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables,

Vu la déclaration sur l’honneur du demandeur précisant qu’il n’a pas eu précédemment recours, au long de sa carrière, à un congé de proche aidant ou bien la durée pendant laquelle il a bénéficié de ce congé,

*(Le cas échéant lorsque la personne aidée est un enfant handicapé à la charge du demandeur, au sens de l’article L. 512 -1 du code de la sécurité sociale, ou un adulte handicapé)* Vu la copie de la décision prise en application de la législation de sécurité sociale ou d’aide sociale subordonnée à la justification d’un taux d’incapacité permanente au moins égal à 80%),

*(Le cas échéant lorsque la personne aidée souffre d’une perte d’autonomie)* Vu la copie de la décision d’attribution de l’allocation personnalisée d’autonomie,

*(Le cas échéant lorsque la personne aidée en bénéficie*), Vu la copie de la décision d'attribution de

La majoration pour aide constante d'une tierce personne ;

OU La prestation complémentaire pour recours à tierce personne ;

OU La majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne ;

OU La majoration attribuée aux bénéficiaires du 3° du V de l'article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;

OU La majoration mentionnée à l'article L.133-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Considérant que la personne concernée présente un handicap ou une perte d’autonomie d’une particulière gravité,

*(Le cas échéant)*, Considérant que la dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée, OU la situation de crise nécessite une action urgente du proche aidant OU la cessation brutale de l'hébergement en établissement dont bénéficiait la personne aidée implique l’octroi immédiat du congé de proche aidant sans respecter le délai d’1 mois,

Considérant que le congé de proche aidant est de droit lorsque l’agent en remplit les conditions.

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

*Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* est placé(e) en congé de proche aidant à compter du …

Ce congé est accordé pour une durée maximale de 3 mois renouvelables dans la limite d’un an sur l’ensemble de la carrière.

En cas de renouvellement, la demande doit être adressée au moins quinze jours avant le terme du congé sauf dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée, OU une situation de crise nécessitant une action urgente du proche aidant OU la cessation brutale de l'hébergement en établissement dont bénéficiait la personne aidée. Dans ces cas, l'agent transmet, sous huit jours, à l'autorité territoriale dont il relève, le certificat médical qui atteste de la dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée ou de la situation de crise nécessitant une action urgente du proche aidant ou l'attestation qui certifie de la cessation brutale de l'hébergement en établissement.

**Article 2 :**

Ce congé est utilisé :

* De manière continue
* Ou pour une ou plusieurs périodes fractionnées d’au moins une demi-journée
* Ou sous la forme d’un service à temps partiel à … %.

**Article 3 :**

Pendant cette période, comptabilisée en jours ouvrés, *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*, ne percevra aucune rémunération et n’acquiert pas de droits à pension.

**Article 4 :**

Si *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* souhaite modifier les dates prévisionnelles et les modalités d’utilisation du congé, il/elle en informe par écrit, avec un préavis d'au moins quarante-huit heures, l'autorité territoriale, qui lui notifie un arrêté modificatif régularisant ce changement.

Toutefois, le préavis de 48 heures n’a pas à être respecté par l’agent, dans les cas suivants :

* La dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée,
* La situation de crise nécessite une action urgente du proche aidant
* La cessation brutale de l'hébergement en établissement dont bénéficiait la personne aidée

Dans ces cas, l'agent transmet, sous huit jours, à l'autorité territoriale dont il relève, le certificat médical qui atteste de la dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée ou de la situation de crise nécessitant une action urgente du proche aidant ou l'attestation qui certifie de la cessation brutale de l'hébergement en établissement.

**Article 5 :**

*Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* peut mettre fin de façon anticipée à son congé de proche aidant ou y renoncer dans les cas suivants :

* Décès de la personne aidée,
* Admission dans un établissement de la personne aidée,
* Diminution importante des ressources de l’agent,
* Recours à un service d’aide à domicile pour assister la personne aidée,
* Congé de proche aidant pris par un autre membre de la famille,
* Lorsque l’état de santé de l’agent le nécessite.

L’agent en informe l’autorité territoriale dans un délai de quinze jours avant la date à laquelle il souhaite renoncer ou mettre fin à son congé. En cas de décès de la personne aidée, le délai est réduit à 8 jours.

**Article 6 :**

À l’expiration du congé de proche aidant, *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* est réaffecté(e) dans son ancien emploi dans la mesure où les nécessités de service le permettent et pour la période restant à courir avant le terme du contrat. Dans le cas où *il/elle* ne pourrait être réaffecté(e) dans son précédent emploi, il bénéficie d'une priorité pour occuper un emploi similaire assorti d'une rémunération équivalente.

**Article 7 :**

*Le Directeur général des services ou La secrétaire de mairie* est *chargé(e)* de l’exécution du présent arrêté.

**Article 8 :**

Une ampliation sera adressée *au Président/ à la Présidente* du Centre départemental de gestion de la fonction publique territoriale du Loiret et au comptable principal de … (*nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*).

**Article 9 :**

Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours gracieux auprès du *Maire de la commune* *OU du Président/ de la Présidente de … (dénomination de la collectivité territoriale ou de l’établissement public concerné)* et/ou d’un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif d’Orléans, situé 28 rue de la Bretonnerie, 45057 Orléans dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l’application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet http://telerecours.fr

*Monsieur ou Madame le* *Maire-Président/Présidente* certifie, sous sa responsabilité, le caractère exécutoire du présent arrêté.

*Le-la* *Maire-Président/Présidente*

*Prénom NOM*

Fait à … *(nom de la commune ou de la commune siège de la collectivité territoriale ou de l’établissement public)*

Le … *(date)*

Notifié le … *(date)*

Signature de l’agent :

*Cet arrêté n’est pas transmis au Représentant de l’Etat*

1. *L.2122-18 (commune) ou L.3221-3 (département) ou L.4231-3 (région) ou L.5211-9 (intercommunalité)* [↑](#footnote-ref-1)