



République Française

ASSEMBLEE

★ ★ ★

SECRETARIAT GENERAL

★ ★ ★

N°29-2009/APS  
Du 20 mars 2009

AMPLIATIONS

|           |    |
|-----------|----|
| Com Del   | 1  |
| APS       | 40 |
| SGPS      | 2  |
| DAFI      | 1  |
| DRH       | 2  |
| Trésorier | 1  |
| JONC      | 1  |

**DÉLIBÉRATION**  
**créant une aide financière spéciale au profit des agents en situation de handicap**  
**des services et directions de la province Sud**

**L'ASSEMBLÉE DE LA PROVINCE SUD**

Délibérant conformément à la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 *relative à la Nouvelle-Calédonie*,

Vu l'arrêté modifié n° 1065 du 22 août 1953 *portant statut général des fonctionnaires des cadres territoriaux* ;

Vu la délibération modifiée n° 81 du 24 juillet 1990 *portant droits et obligations des fonctionnaires territoriaux* ;

Vu la délibération n° 457 du 8 janvier 2009 *relative à l'emploi des personnes en situation de handicap au sein des fonctions publiques de Nouvelle-Calédonie et de leurs établissements publics* ;

Vu le code du travail de Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'avis du comité technique paritaire de l'administration de la province sud, à l'exclusion de la direction de l'enseignement du 3 mars 2009 ;

Vu l'avis du comité technique paritaire de la direction de l'enseignement de la province sud du 11 mars 2009 ;

A adopté en sa séance publique du 20 mars 2009, les dispositions dont la teneur suit :

**ARTICLE 1<sup>er</sup>** – Il est instauré une aide financière spéciale annuelle en faveur des agents provinciaux réunissant les conditions cumulatives suivantes :

- occuper un emploi permanent au sein de la collectivité provinciale ;
- disposer de la qualité de fonctionnaire ou bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée ou d'une durée supérieure ou égale à 12 mois consécutifs ;
- être bénéficiaire de l'obligation d'emploi prévue par la délibération n°457 du 8 janvier 2009 susvisée

**ARTICLE 2** – Il est alloué, à la demande des agents visés à l'article 1 ci-dessus, une aide financière spéciale individuelle d'un montant maximal de 100.000 FCFP par an.

Cette aide est versée en une fois sur la base de factures acquittées par l'agent d'un montant total au moins équivalent à 100 000 FCFP, permettant de justifier des dépenses (prestations, services, équipements, etc...) effectuées par les agents concernés afin d'améliorer leurs conditions de vie, de faciliter leur mobilité, leur autonomie et/ou leur confort au quotidien.

Le modèle type de demande est fixé en annexe de la présente délibération. La recevabilité des demandes de versement de ladite aide est subordonnée à la présentation de l'ensemble des pièces justificatives correspondantes.

**ARTICLE 3** – L'aide prévue à l'article 2 ci-dessus est versée pour une année civile.

Les agents réunissant les conditions prévues à l'article 1<sup>er</sup> entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin d'une année « n » pourront bénéficier de l'aide versée au titre de l'année en cours (« n »).

Les agents réunissant les conditions prévues à l'article 1<sup>er</sup> entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre d'une année « n » bénéficieront de l'aide au titre de l'année suivant l'année en cours (« n+1 »).

**ARTICLE 4** – Le bureau de l'assemblée de province est habilité à modifier les dispositions de la présente délibération, après avis de la commission du personnel et de la réglementation générale.

**ARTICLE 5** – La présente délibération sera transmise au commissaire délégué de la province Sud et publiée au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie.

**Le Président**

**Philippe GOMES**

ANNEXE

Modèle type de demande d'attribution de l'aide financière spéciale instituée  
par la délibération n°29-2009/APS du 20 mars 2009

à retourner à la médecine du travail de la direction des ressources humaines

**PARTIE A REMPLIR PAR L'AGENT**

Cochez la case correspondante

- Première demande.  Renouvellement.

**I - Identification du demandeur :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Cadre (1) :**

**Corps (1) :**

**Nature et durée du contrat (2):**

**Temps de travail (3) :**

**Direction et/ou service d'affectation :**

**Emploi :**

(1) à remplir si vous êtes fonctionnaire

(2) à remplir si vous êtes contractuel.

(3) préciser si vous exercez à temps plein ou à temps partiel (en indiquant votre quotité de travail hebdomadaire).

**II – Nature du handicap :**

**Je sollicite le versement de l'aide financière spéciale en ma qualité (4) :**

de travailleur reconnu handicapé par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance (CRHD) mentionnées à l'article Lp 474-2 du code du travail ;

de victime d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée par la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie ou tout autre régime de protection sociale obligatoire ;

de titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou tout autre régime de protection sociale obligatoire. L'invalidité dont je suis affectée réduit d'au moins des deux tiers ma capacité de travail ou de gains ;

d'ancien militaire et assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

**(4) Joindre les justificatifs correspondants à jour.**

**PARTIE A REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION**

**Date de réception de la demande :**

**Pièces fournies par l'agent :**

- 
- 
- 

**Motif(s) du rejet (le cas échéant) :**

**XXXXXXXXXXXX, le**

**Signature.**