

ATTESTATION

A compléter par l'employeur du conjoint ou partenaire pacsé ou concubin⁽¹⁾

(Attestation complétée par le Rectorat, lorsque l'employeur est l'Education nationale)

Je soussigné (employeur) _____

certifie que le remboursement des frais de changement de résidence de mon employé

NOM et Prénom : _____

☐ de son époux (se)⁽²⁾
☐ de son partenaire pacsé
 ☐ de son concubin⁽²⁾
☐ de ses enfants⁽²⁾
☐ des enfants de son concubin⁽²⁾

NOMS et Prénoms (conjoint et/ou enfants): _____

☐ a été effectué⁽²⁾ le : _____
 ☐ sera effectué⁽²⁾ sur les bases suivantes :
 ancienne résidence familiale : _____
 nouvelle résidence familiale : _____

Indiquer le montant Transport des personnes : _____
 Transport du mobilier : _____

☐ n'a été ni effectué, et ni sollicité⁽²⁾
 qu'aucun droit ne peut être ouvert à ce titre.

A _____, le _____

Cachet et signature

ENFANTS

à charge au sens prévu **par la législation sur les prestations familiales**⁽³⁾, vivant habituellement sous le toit de l'agent

Nom	Prénom	Date de naissance	Observations

ASCENDANTS

à charge, vivant sous le toit de l'agent (joindre le certificat de non imposition sur le revenu)

Nom	Prénom

Transport des personnes (de l'ancienne résidence à la nouvelle résidence administratives)

Voiture personnelle : puissance fiscale (joindre une copie de la carte grise) _____ **CV**
ou

S.N.C.F. : montant de la réduction éventuelle (joindre les billets) _____

IMPERATIF - Paiement : joindre un RIB récent avec **NOM, PRENOM et ADRESSE** du demandeur.
 (sans mention manuscrite)

⁽¹⁾ Même si ce remboursement a été effectué lors d'une année antérieure au titre du même changement de résidence familiale

⁽²⁾ Cocher la ou les case(s) correspondante(s)

⁽³⁾ Joindre toute pièce justifiant que l'enfant est à charge au sens des prestations familiales et copie du livret de famille

CERTIFICAT ADMINISTRATIF

Titre III Article 23-2^{ème} et titre V Article 49-V

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) : _____

Grade et emploi : _____

Certifie :

a) avoir effectivement changé de résidence familiale à la date du :

Attention : Le transfert de la résidence familiale ne doit pas être réalisé plus de neuf mois avant et plus d'un an après le changement de résidence administrative.

b) Si certains membres de la famille ont rejoint la nouvelle résidence familiale **avant l'agent**, veuillez préciser leur qualité et cette date :

Attention : une anticipation d'un délai au plus égal à 9 mois n'est autorisée que pour des motifs de scolarité des enfants à charge.

Nom	Prénom	Qualité
-		
-		
-		

c) Si certains membres de la famille n'ont pas encore rejoint la nouvelle résidence familiale à la date du changement de résidence administrative, veuillez préciser ci-dessous leur qualité (conjoint, concubin, enfants, ascendants) :

Nom	Prénom	Qualité
-		
-		
-		

Dans ce cas, l'indemnité ne sera versée que pour la ou les personne(s) ayant réellement rejoint l'agent dans sa nouvelle résidence et, le cas échéant, il sera versé ultérieurement un rappel lorsque les autres membres de la famille auront effectivement rejoint l'agent dans cette nouvelle résidence.

Attention : pour être pris en compte, ces membres doivent avoir rejoint la résidence familiale dans un délai au plus égal à 9 mois à compter de la date d'installation administrative.

d) **Ancienne résidence familiale**⁽¹⁾ : _____

e) **Nouvelle résidence familiale**⁽¹⁾ : _____

f) **Logement fourni par l'Administration** dans :

l'ancienne résidence familiale : ☐ oui ☐ non

la nouvelle résidence familiale : ☐ oui ☐ non

NAS⁽³⁾ : ☐ oui ☐ non

NAS : ☐ oui ☐ non

meublé : ☐ oui ☐ non

meublé : ☐ oui ☐ non

g) **Demande le bénéfice de l'indemnité forfaitaire**

☐ pour moi-même

☐ pour moi-même et mon conjoint

☐ pour moi-même et mes enfants

☐ pour moi-même, mon conjoint et mes enfants

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent état.

Vu le, _____

A _____, le _____

Cachet et signature
du supérieur hiérarchique⁽²⁾

Signature de l'agent

Dossier à transmettre en double exemplaire

pour les personnels du 1^{er} degré
pour les personnels du 2nd degré
pour les personnels universitaires

► DSDEN de votre département
► Rectorat – Dibag 6
► Université Poitiers ou La Rochelle

⁽¹⁾ Adresse complète (**ATTENTION** : les paragraphes d,e,f,g sont à remplir obligatoirement)

⁽²⁾ Pour les personnels de Direction : DASEN, DSDEN de votre département

⁽³⁾ **NAS** : Nécessité Absolue de Service

N°INSEE : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nº NUMEN :

☐ M. ☐ MME

NOM - Prénom :

Situation de famille :

CUBAGE : Agent : **DISTANCE :** KM

Conjoint :

Enfants :

Ascendant :

$V \equiv$ m^3 $D \equiv$ km $VD \equiv$

FRAIS DE TRANSPORT DES PERSONNES :

CV = € x km =

SNCF = km Classe places =

MONTANT DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE :

$$+ \left(\quad \times \quad \right) =$$

Majoration éventuelle de 20 % (art. 18 paragraphe)

+

MONTANT TOTAL DES DROITS

$$=$$

Réduction éventuelle de 20% (art. 19 paragraphe)

SOMME A REMBOURSER

Arrêté le présent état à la somme de _____

T K
PARA

A Poitiers, le

TIP PARA

TOTAL	
-------	--