

Rentrée 2013

Cachet de l'établissement
ou
Inspection académique
ou
Université

ÉTAT DE FRAIS DE CHANGEMENT DE RÉSIDENCE

Décret 90.437 du 28 mai 1990 modifié
Circulaire du 22 septembre 2000 (J.O. du 23 septembre 2000)
Arrêté du 26 novembre 2001

L'OCTROI DE L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE DEMANDE DANS LE **DELAI DE 12 MOIS** A COMPTER DU CHANGEMENT DE RÉSIDENCE ADMINISTRATIVE

IDENTIFICATION

M. Mme

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin
 Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e) de corps

NOM d'usage : _____

NOM de famille :

Prénoms : _____ Date de naissance : _____

Nº NUMEN :

Tél : _____ Adresse Mail : _____

Grade : _____

Emploi : _____

MUTATION

Date d'entrée dans la fonction publique : _____

Ancien poste : Date de prise de fonction :

Nom et adresse de l'établissement :

Nouveau poste : _____ Date de prise de fonction : _____

Nom et adresse de l'établissement :

Nature du changement de résidence administrative : promotion mutation sur demande
 retraite autre :

Rapprochement de conjoints fonctionnaires : oui non

CONJOINT ou PARTENAIRE PACSÉ ou CONCUBIN

NOM et prénom :

Profession et lieu d'exercice :

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  Transport des personnes : _____
montant _____

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

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION (ne pas remplir)

Etat des sommes dues

N°INSEE :

N°NUMEN :

M. MME

NOM - Prénom : _____

Situation de famille : _____

CUBAGE : Agent :

DISTANCE : KM

Conjoint :

Enfants :

Ascendant :

V = m³ D = km VD =

FRAIS DE TRANSPORT DES PERSONNES :

CV = € x km =

SNCF = km Classe places =

MONTANT DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE :

+ (x) =

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

T | P
PARA

TOTAL