

ATTESTATION

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

(Attestation complétée par le Rectorat (DIBAG2), lorsque l'employeur du conjoint 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
Détailé



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 de l'ascendant)

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) _____

**OBLIGATOIRE
et IMPERATIF**

Paiement : joindre un RIB récent avec **NOM, PRENOM et ADRESSE** de l'agent demandeur.
(sans mention manuscrite), même en cas de compte-joint

(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 au 1^{er}/09/2019 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** (pour l'agent).

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.

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Qualité</u>
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____

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) :

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Qualité</u>
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____

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 NAS⁽³⁾: oui non meublé : oui non
la nouvelle résidence familiale : oui non NAS: 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

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

► DSDEN de votre département
► Rectorat – Dibag 2 – Mme PAUME-ROUSSEAU
► Université Poitiers ou La Rochelle

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

⁽²⁾ La liste des supérieurs hiérarchiques concernés se trouve sur la «LISTE DES PIECES A JOINDRE » (paragraphe 6)

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

E t a t d e s s o m m e s d u e s

N ° FOURNISSEUR

N° INSEE :

M. MME

NOM - Prénom : _____

Situation de famille : _____

CUBAGE : Agent : _____ **DISTANCE :** _____ **KM**
 Conjoint : _____ (entre ancienne et nouvelle rés. administratives)
 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 _____) + _____

Indemnité complémentaire (agents venant de Corse) + _____

MONTANT TOTAL DES DROITS

= _____

Réduction éventuelle de 20% (art. 19 paragraphe _____) - _____

MONTANT A REMBOURSER PAR VIREMENT BANCAIRE

Arrêté le présent état à la somme de _____

T | K _____
 PARA

T | P _____
 PARA

TOTAL _____

A Poitiers, le