Cadre réservé à l’administration

Date :

Programme :

Code ordonnateur : RECH-CHOR-078

N° de DP :



ETAT DE FRAIS DE CHANGEMENT DE RESIDENCE EN METROPOLE

Décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié

Nom et prénom du demandeur : …………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : …………………………………………..……………………………… courriel : ………………………………………………….@..........................................

Date et lieu de naissance :…………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………

10 premiers chiffres du numéro de sécurité sociale :……………………………………………………………………….……………………………………………………

Libérez-vous un logement occupé par nécessité absolue de service ? ❑ Oui ❑ Non

Date de titularisation dans la fonction publique :…………………………………………………………………………………………………………….……………………

Date de retraite le cas échéant : ………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………….

Grade détenu avant le changement de résidence :………………………………………………………………………….……………………………………………………

Grade détenu après le changement de résidence :………………………………………………………………………………………………………………………………

S’agit-il d’une première nomination ou mutation dans ce grade ? ❑ Oui ❑ Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Résidence précédente | Nouvelle résidence |
| Date d’installation résidence administrative |  |  |
| Adresse de la résidence administrative |  |  |
| Distance kilométrique entre les 2 résidences administratives |  |
| Date d’installation résidence Familiale |  |  |
| Adresse de la résidence familiale |  |  |

**Ayants droits :**

Situation familiale : ❑ célibataire ❑ veuf(ve) ❑marié(e) ❑divorcé(e) ❑PACS ❑vie maritale

Vous sollicitez la prise en charge de votre conjoint, ou concubin ou partenaire lié par un PACS : ❑ Oui ❑ Non

*La prise en charge des frais du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS est soumise à barème :*

* *Les ressources du conjoint des 12 mois précédant l’installation administrative ne doivent pas excéder le traitement annuel brut afférant à l’indice 309.*

*Ou*

* *Les ressources annuelles du couple ou des pacsés ne doivent pas excéder sur les 12 mois précédant l’installation administrative 3.5\* le traitement annuel brut afférant à l’indice 309*

Vous sollicitez la prise en charge de vos ayants droits : ❑ Oui ❑ Non

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOM | Prénom(s) | Date de naissance | Profession et coordonnées de l’employeur |
| Conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS |  |  |  |  |
| Enfant(s) à charge au sens des prestations familiales |  |  |  |  |
| Ascendants à charge vivant sous le même toit |  |  |  |  |

**Renseignements relatifs au transport des personnes :**

❑Utilisation du véhicule personnel. Puissance fiscale du véhicule : ………………………………cv

❑ Transports ferroviaires (joindre les justificatifs)

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………………………….. atteste sur l’honneur, l’exactitude des renseignements fournis.

Fait à ………………………………………………………….. le……………………………………………………………

Signature de l’intéressé(e)

***Dossier à retourner en double exemplaire accompagné des pièces justificatives (voir annexe1) à l’adresse suivante :***

**Rectorat de Versailles- DAF 2 – service des frais de changement de résidence- 3 boulevard de Lesseps 78017 Versailles cedex**

**Téléphone : 01.30.83.45.58 ou 40.17**