****

**RECTORAT DE GUYANE**

**Division de la Performance et du Budget**

**Téléphone : 0594 27.20.83 Mail :Ambre.Keita@ac-guyane.fr**

**Adresse postale : A l’attention de KEITA Ambre - BP 6011 – 97306 CAYENNE CEDEX**

**DOSSIER DE REMBOURSEMENT D’INDEMNITE DE FRAIS DE CHANGEMENT DE RESIDENCE**

**Décret n°89-271 du 12 avril 1989 (DOM vers Métropole ; DOM vers DOM)**

**Pour les agents dont le conjoint est également fonctionnaire et dont l’arrêté de mutation porte droit au remboursement, un dossier séparé sera établi, les enfants et ascendants n’étant pris en charge que sur un seul dossier**

**L’AGENT BENEFICIAIRE**

NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° S.S + Clé \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Académie actuelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date d’arrivée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Académie d’affectation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date d’affectation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse complète après mutation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situation de famille (1) : Célibataire Marié (e) Veuf (ve) Divorcé(e) PACS Concubinage

**SES AYANTS-DROIT**

**1° Conjoint, partenaire d’un PACS ou concubin**

NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre conjoint(e), partenaire d’un PACS ou concubin(e) est –il (elle) muté(e) ? OUI NON

L’employeur du conjoint, partenaire d’un PACS ou concubin non fonctionnaire a pris en charge les frais de déplacement et de transport du mobilier : OUI NON

L’attestation de ressources fixée à l’article 17-1. a) ou b) du décret 89-271 est remplie : OUI NON

**2° Enfants à charge au sens de la législation sur les prestations familiales vivant habituellement sous le toit de l’agent**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM(S)** | **PRENOM(S)** | **Date de naissance** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **1er cas : si la famille est installée dans la nouvelle résidence en même temps que l’agent**

Je soussigné, atteste sur l’honneur que chaque membre de ma famille a ou va effectuer le changement de résidence en même temps que moi.

* **2ème cas : si la famille de l’agent n’est pas installée dans la nouvelle résidence en même temps que l’agent**

Je soussigné, atteste sur l’honneur ne demander le bénéfice de l’indemnité de changement de résidence **pour moi seul.**

J’ai bien pris note que pour les membres de ma famille qui me rejoignent dans un délai de 9 mois suivant mon installation administrative, je demanderai à percevoir le complément de l’indemnité forfaitaire.

**DEMANDE DE PAIEMENT DES INDEMNITES DE FRAIS DE CHANGAMENT DE RESIDENCE**

Je soussigné, M\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atteste sur l’honneur l’exactitude des renseignements ci –dessus mentionnées et demande le remboursement à mon profit des frais occasionnés par mon changement de résidence.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l’intéressé(e)

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DU TRANSPORT**

**LORS D’UN CHANGEMENT DE RESIDENCE**

**Renseignements relatifs au transport des personnes :**

Les billets d’avion ont été achetés

❑ par l’agent (joindre les justificatifs)

❑ par l’administration

* **Je certifie ne pas vouloir le remboursement du/des billets d’avion faute de justificatifs**

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

Fait à

le ……………………………………

Signature de l’intéressé(e)