

DOSSIER ET PIÈCES A TRANSMETTRE EN DEUX EXEMPLAIRES

Dans le cas où les deux conjoints fonctionnaires peuvent prétendre au paiement de l'indemnité, chacun des deux fonctionnaires doit déposer une demande auprès de son administration.

PIÈCES OBLIGATOIRES POUR LES AGENTS MUTES QUELLE QUE SOIT LA SITUATION FAMILIALE

Pièces obligatoires

- Relevé d'identité bancaire ou postale mentionnant les **NOM ET PRENOM** de la personne déposant le dossier
- Copie de l'extrait individuel de l'arrêté collectif rectoral ou de l'arrêté de mutation ou du contrat
- Arrêté portant la référence du décret n°90-437 du 28/05/1990, modifié. (Si vous ne détenez pas ce document, il en sera fait la demande auprès de votre gestionnaire, à réception de votre dossier.)
- Procès-verbal d'installation
- Justificatif de domicile (facture EDF, eau, gaz, attestation d'assurance...) avant mutation, datant de moins de neuf mois à compter de la date de changement de résidence administrative
- Justificatif de domicile (facture EDF, eau, gaz, attestation d'assurance...) après mutation
- Photocopie de la carte grise du véhicule

| |
|-------------------------------|
| Réservé à l'administration |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES A JOINDRE EN FONCTION DE LA SITUATION FAMILIALE

Vous sollicitez la prise en charge de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS

- Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour ou certificat de concubinage ou photocopie de l'attestation d'enregistrement du PACS
- Avis d'imposition intégral de l'année 2019 (concubinage ou PACS : joindre les deux avis d'imposition)
- Attestation de l'employeur du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS certifiant que celui-ci ne prend pas en charge les frais du conjoint, des enfants, ni ceux de l'agent
- Attestation d'inscription au Pôle Emploi et déclaration des indemnités perçues par votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS

| |
|-------------------------------|
| Réservé à l'administration |
| |
| |
| |
| |

Vous sollicitez la prise en charge d'enfant(s)

- Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour
- Attestation sur l'honneur certifiant que vos enfants vivent habituellement sous votre toit
- Photocopie du jugement de divorce désignant la personne ayant la garde du/des enfant(s)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Pour les enfants de plus de 16 ans et moins de 20 ans

- Certificat de scolarité ou d'apprentissage
- Ou attestation d'inscription au Pôle Emploi

Pour les enfants infirmes de plus de 16 ans

- Photocopie de la carte d'invalidité

Vous sollicitez la prise en charge d'ascendant(s)

- Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour
- Avis de non imposition 2019
- Déclaration sur l'honneur certifiant que le/les ascendant/s vit/vivent habituellement sous votre toit

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES POUR DES CAS SPECIFIQUES

Agent veuf (sans enfant)

- Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour

| |
|-------------------------------|
| Réservé à l'administration |
| |

Agent partant à la retraite et libérant un logement de fonction concédé par nécessité absolue de service

- Arrêté de mise à la retraite
- Arrêté avec référence de l'article 17c du décret n°90-437 du 28 mai 1990 modifié. (Si vous ne détenez pas ce document, il sera demandé à votre gestionnaire à réception de votre dossier.)
- Arrêté de concession de logement

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3

A- FRAIS DE TRANSPORT DE L'AGENT (ET DE SES AYANTS DROIT) POUR REJOINDRE SON NOUVEAU POSTE

1 – TRANSPORTS PUBLICS

| | Réduction en % sur le tarif normal | Chemin de fer (1) et (2) | Autocar (2) | Bateau ou avion (2) | Observations |
|------------|------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------|-----------------------------------|
| Agent | | | | | (1) deuxième classe |
| Conjoint | | | | | |
| Enfants | | | | | |
| Ascendants | | | | | (2) joindre les billets originaux |
| TOTAL | | | | | |

2 – VOITURE AUTOMOBILE PERSONNELLE (joindre la photocopie de la carte grise)

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|-----------------|
| N° immatriculation : | Puissance fiscale : | Taux des indemnités kilométriques (T) | |
| (D) Distance la plus courte entre l'ancienne et la nouvelle résidence administrative par la route | Nombre de kilomètres (D) : Distance référence VIA-MICHELIN | 5 CV et moins | T = 0,29 |
| | | 6 et 7 CV | T = 0,37 |
| Indemnité kilométrique (D x T) : | | 8 CV et plus | T = 0,41 |

B- INDEMNITE FORFAITAIRE DE CHANGEMENT DE RESIDENCE

| VOLUME | Agent | Conjoint si les conditions de ressources sont réunies barème en vigueur au 01/02/2017 Plafond : 60 815.23€ 22 M ³ | Par enfant ou ascendant |
|--------|------------------|---|-------------------------|
| | 14M ³ | | 3,5 M ³ |

| CALCUL DU VOLUME | Agent Conjoint Enfants Ascendants | |
|------------------|--|----------------------------------|
| | Volume total | |

| FORMULE DE CALCUL | Si V x D est inférieur ou égal à 5000 I = 568,94 + (0,18 x V x D) | Si V x D est supérieur à 5000 I = 1137,88 + (0,07 x V x D) |
|--|---|--|
| I = indemnité V = volume D = distance kilométrique | | |

| CALCUL DE L'INDEMNITE | |
|-----------------------|---|
| Si V x D <= 5000 | Distance kms x volume : M ³ = x 0,18 = + 568,94 = |
| Si V x D > 5000 | Distance kms x volume : M ³ = x 0,07 = + 1137,88 = |

RECAPITULATION

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3

A – Frais de transport des personnes

B – Indemnité forfaitaire

TOTAL

Abattement de 20% (Mutation au titre des articles 19, 21 ou 22.2)

Majoration de 20% applicable au montant B (Mutation au titre des articles 18 ou 20.1)

RESTE DÛ

J'atteste que les renseignements portés sur l'ensemble de ce document sont exacts.

Je sollicite le versement de la somme arrêtée au montant de :

Somme à verser sur le compte n° :

Fait à Le

Signature obligatoire de l'agent

RAPPEL : Toute demande de remboursement doit être déposée en double exemplaire

Partie réservée à l'administration

Arrêté à la somme de

A imputer sur le domaine fonctionnel

A Bordeaux, le

Pour la préfète de région Nouvelle-Aquitaine

Mise à jour juin 2020

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3

DOSSIER DE DEMANDE DE PAIEMENT

de l'indemnité forfaitaire de changement de résidence et de remboursement des frais de transport lors d'une mutation en métropole – Décret n°90-437 du 28 mai 1990, modifié.

Dossier à présenter dans les **douze mois** suivant la date d'installation dans le nouveau poste

N° Sécurité Sociale (les 10 premiers caractères)

Nom d'usage Prénom Grade/discipline

Date et lieu de naissance Nom de naissance

Muté-e par décision du admis-e au bénéfice des dispositions de l'article §/alinéa du décret **90-437 du 28/05/1990**

Affectation précédente : Date de nomination Adresse (Etablissement/Commune)

Nouvelle affectation (Etablissement/Commune)

Ancienne adresse familiale

Nouvelle adresse familiale

Date de transfert de résidence familiale Date d'installation dans le nouveau poste

Date de mise à la retraite (pour les personnels partant à la retraite)

Bénéficiez-vous d'un logement fourni par l'Administration (1) : **avant mutation** OUI NON – **après mutation** OUI NON

Le logement fourni est-il meublé par l'Administration (1) : **avant mutation** OUI NON – **après mutation** OUI NON

Situation familiale (1) : Célibataire Marié-e En concubinage PACS Veuf/veuve Divorcé-e Séparé-e de corps

Profession du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS

S'agit-il d'un rapprochement de conjoint fonctionnaire (1) OUI NON

AYANTS DROIT (1)

- Je sollicite la prise en charge des frais de mon conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
 Je ne sollicite pas la prise en charge des frais de mon conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
 Je sollicite la prise en charge des frais des ayants droit suivants :

ENFANTS A CHARGE AU SENS DE LA LEGISLATION SUR LES PRESTATIONS FAMILIALES OU INFIRMES

| NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | OBSERVATIONS |
|-----|--------|-------------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ASCENDANTS A CHARGE VIVANT SOUS LE TOIT DE L'AGENT

| NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | OBSERVATIONS |
|-----|--------|-------------------|--------------|
| | | | |

Je soussigné-e (1), auteur de la présente demande, certifie avoir effectué le changement de résidence seul-e certifie que les membres de ma famille désignés ci-dessus ont effectué le changement de résidence certifie que les membres de ma famille me rejoindront ultérieurement

Fait à Le

Signature de l'agent

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3