



FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

Référence : PS0110
Téléphone : 05 56 11 33 70
feh@caissedesdepots.fr

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE CHANGEMENT DE RESIDENCE

DEM

ÉTABLISSEMENT relevant d'un des points 3°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 5 du Code général de la fonction publique

Dénomination : _____ N° Siret : _____

NOM	PRÉNOM	NIR	SITUATION FAMILIALE			STATUT		FRAIS DE CHANGEMENT DE RÉSIDENCE	
			M	C	Nbre d'enfants	T	C	Montant en euros	Date de versement

NIR : Renseigner le NIR complet en incluant la clé**SITUATION FAMILIALE** : Cocher la case M si l'agent est marié ou C si l'agent est célibataire**NOMBRE D'ENFANTS** : Indiquer le nombre d'enfants à charge au sens de la législation sur les prestations familiales**STATUT** : Indiquer T pour un agent titulaire ou stagiaire, ou C pour un agent contractuel**FRAIS DE CHANGEMENT DE RESIDENCE** : Indiquer ici le montant versé à l'agent en application du décret n°92-566 du 25 juin 1992 et la date du versement. Le remboursement doit être demandé par l'établissement qui a pris en charge ces frais, conformément aux règles de répartition prévues à l'article 48 du décret n°92-566 du 25 juin 1992.

JOINDRE : - La décision d'approbation du directeur général de l'ARS ou la décision d'agrément du préfet de département prévus à l'article D444-12 du Code général de la fonction publique,
-Les documents nécessaires pour déterminer le montant de la prestation (noms et adresses des agents concernés).

Le directeur de l'établissement certifie les informations mentionnées, conformes aux sommes ordonnancées au comptable assignataire.

Etabli le : / /

Signature et cachet de l'établissement :