Caisse des Dépôts GROUPE

FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

Référence : PPF412
Téléphone : 05 56 11 33 70

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE L'INDEMNITE EXCEPTIONNELLE DE MOBILITE

FEH (MOB)

ÉTABLISSEMENT DECLARANT relevant d'un des points 2, 3, 4, 5 ou 6, de l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986

Dénomination : N° Siret :

NOM	PRÉNOM	NIR	SITUATION FAMILIALE			STATUT		DÉMÉNAGEMENT		INDEMNITÉ EXCEPTIONNELLE	
			M	C	Nbre d'enfants	T	C	Avec	Sans	Montant en euros	Date de règlement

NIR : complet avec la clé

SITUATION FAMILIALE : Marié ou Célibataire - Cocher la case correspondante

NOMBRE D'ENFANTS : Indiquer le nombre d'enfants à charge au sens de la législation sur les prestations familiales

STATUT : T pour titulaire ou stagiaire **C** pour contractuel

Décret n° 2001-353 du 20 avril 2001

INDEMNITE EXCEPTIONNELLE : Indiquer ici le montant servi à l'agent en application de l'arrêté du 20/4/01 et la date de versement. Le remboursement de l'indemnité est demandé par la collectivité d'origine car l'indemnité est payée par celle-ci.

JOINDRE : - La copie de la décision d'agrément visée par l'article 2 du décret n°2001-353 du 20 avril 2001
- Les documents necessaires pour déterminer le montant de la prestation
- La liste des agents avec leur adresse. **Dans le cas d'un déménagement, l'ancienne et la nouvelle adresse.**