



FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

Référence : PPF412
Téléphone : 05 56 11 33 70

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES FRAIS DE CHANGEMENT DE RESIDENCE**

**FEH
(DEM)**

ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL 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		FRAIS DE CHANGEMENT DE RÉSIDENCE	
			M	C	Nbre d'enfants	T	C	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

FRAIS DE CHANGEMENT DE RESIDENCE : Indiquer ici le montant servi à l'agent en application de l'art.24 du décret 92-566 du 25 juin 1992 et la date du versement. Indemnité payée par la collectivité d'accueil. Son remboursement est demandé par celle-ci au FEH en application de l'article 6 du décret 98-1221 du 29 décembre 1998.

JOINDRE : - la copie de la décision d'agrément visée à l'article 2 du décret n°2001-353 du 20 avril 2001 concernant l'établissement d'origine.

- Les documents nécessaires pour déterminer le montant de la prestation (nom et adresse des agents concernés).