

Rentrée 2020

Cadre
Réservé
A l'administration

Rectorat de l'académie de Poitiers
Direction des services départementaux
de l'éducation nationale de la Vienne

Dibag 2

ÉTAT DE FRAIS DE CHANGEMENT DE RESIDENCE

Décret 90.437 du 28 mai 1990 modifié
Circulaire du 22 septembre 2000 (J.O. du 23 septembre 2000)
Arrêté du 26 novembre 2001

LA DEMANDE DE L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE DOIT ETRE DÉPOSÉE DANS LE **DELAI DE 12 MOIS** A COMPTER DU
CHANGEMENT DE RESIDENCE ADMINISTRATIVE (SOIT **AVANT LE 31 AOÛT 2021**)

IDENTIFICATION

M. Mme

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin
 Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e) de corps

NOM d'usage : _____

NOM de naissance : _____

Prénoms : _____ Date de naissance :
jour mois année

Lieu de naissance : _____

Tél : _____ N°INSEE (10 premiers chiffres) _____

Grade : _____ Adresse mail _____

MUTATION ou RETRAITE

Date d'entrée dans la fonction publique : _____

Ancien poste (ou dernier poste) : Date de prise de fonction : _____

Nom et adresse de l'établissement : _____

Nouveau poste (le cas échéant) : Date de prise de fonction (ou de mise à la retraite) _____

Nom et adresse de l'établissement : _____

Nature du changement de résidence administrative : promotion mutation sur demande
 retraite autre : _____

Rapprochement de conjoints fonctionnaires : oui non _____

CONJOINT ou PARTENAIRE PACSÉ ou CONCUBIN

NOM et prénom : _____

Profession et lieu d'exercice au 1^{er}/09/2020 : _____

ATTESTATION

Cadre complété par le rectorat de Poitiers (DIBAG 2) lorsque le conjoint, employé de l'Education Nationale, est muté également

Je soussigné, **RECTORAT DE POITIERS**

certifie que le remboursement des frais de changement de résidence de mon employé

NOM et Prénom : _____

de son époux (se)

de son partenaire pacsé

de son concubin

de ses enfants

des enfants de son concubin

NOMS et Prénoms (conjoint et/ou enfants): _____

a été effectué⁽¹⁾ le : _____ sera effectué ⁽¹⁾ sur les bases suivantes :

ancienne résidence familiale : _____

nouvelle résidence familiale : _____

Indiquer le
Montant
Détailé



Transport des personnes : _____

Transport du mobilier : _____

n'a été ni effectué, et ni sollicité⁽¹⁾
qu'aucun droit ne peut être ouvert à ce titre.

A _____, le _____

Cachet et signature

ENFANTS

à charge au sens prévu par la législation sur les prestations familiales⁽²⁾, vivant habituellement sous le toit de l'agent

Nom	Prénom	Date de naissance	Observations

ASCENDANTS

à charge, vivant sous le toit de l'agent (*joindre le certificat de non imposition sur le revenu de l'ascendant*)

Nom	Prénom

Transport des personnes (de l'ancienne résidence à la nouvelle résidence administratives)

Voiture personnelle : puissance fiscale (joindre une copie de la carte grise) _____ CV

ou

S.N.C.F. : montant de la réduction éventuelle (joindre les billets) _____

**OBLIGATOIRE
et IMPERATIF**

Paiement : joindre un RIB récent mentionnant les **NOM, PRÉNOM, ADRESSE PERSONNELLE** de l'agent demandeur, codes IBAN, BIC, n°compte, codes banque, guichet (sans mention manuscrite). En cas de compte-joint, le prénom de l'agent demandeur doit être indiqué en toutes lettres.

⁽¹⁾ Cocher la ou les case(s) correspondante(s)

⁽²⁾ Joindre toute pièce justifiant que l'enfant est à charge au sens des prestations familiales au 1^{er}/09/2020 + copie du livret de famille + preuve que l'enfant vit habituellement sous le toit de l'agent demandeur

CERTIFICAT ADMINISTRATIF

Titre III Article 23-2^{ème} et titre V Article 49-V

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) : _____

Grade et emploi : _____

Certifie :

a) avoir effectivement changé de résidence familiale à la date du :

b) Si certains membres de la famille ont rejoint la nouvelle résidence familiale **avant l'agent**, veuillez préciser leur qualité et cette date :

Attention : une anticipation d'un délai au plus égal à 9 mois n'est autorisée que pour des motifs de scolarité des enfants à charge.

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Qualité</u>
-	_____	_____
-	_____	_____

c) Si certains membres de la famille n'ont pas encore rejoint la nouvelle résidence familiale à la date du changement de résidence administrative, veuillez préciser ci-dessous leur qualité (conjoint, concubin, enfants, ascendants) :

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Qualité</u>
-	_____	_____
-	_____	_____

Dans ce cas, l'indemnité ne sera versée que pour la ou les personne(s) ayant réellement rejoint l'agent dans sa nouvelle résidence familiale et vivant réellement sous son toit

Attention : pour être pris en compte, ces membres doivent avoir rejoint la résidence familiale dans un délai au plus égal à 9 mois à compter de la date d'installation administrative (**soit avant le 31 mai 2021**).

d) **Ancienne résidence familiale** ⁽¹⁾ : _____

e) **Nouvelle résidence familiale** ⁽¹⁾ : _____

f) **Logement fourni par l'Administration** dans :

l'ancienne résidence familiale : oui non

NAS⁽³⁾: oui non

meublé : oui non

la nouvelle résidence familiale : oui non

NAS: oui non

meublé : oui non

g) **Demande le bénéfice de l'indemnité forfaitaire** pour moi-même
 pour moi-même et mon conjoint
 pour moi-même et mes enfants
 pour moi-même, mon conjoint et mes enfants

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent état.

Vu le, _____ A _____, le _____

Cachet et signature
du supérieur hiérarchique⁽²⁾

Signature de l'agent

Dossier original à transmettre

pour les personnels du 1^{er} degré
pour les personnels universitaires
pour tous les autres personnels

▶ DSDEN de votre département
▶ Université Poitiers ou La Rochelle
▶ DIBAG 2 – Mme Paume-Rousseau

⁽¹⁾ Adresse complète (**ATTENTION** : les paragraphes a,d,e,f,g sont à remplir **OBLIGATOIREMENT**)

⁽²⁾ La liste des supérieurs hiérarchiques concernés se trouve sur la «LISTE DES PIECES A JOINDRE » (paragraphe 6)

⁽³⁾ **NAS** : Nécessité Absolue de Service

ATTENTION : transmettre le dossier original, pas de photocopie ni de scan

E t a t d e s s o m m e s d u e s

N ° FOURNISSEUR

N° INSEE :

M. MME

NOM - Prénom : _____

Situation de famille : _____

CUBAGE : Agent : _____ **DISTANCE :** _____ **KM**
 Conjoint : _____ (entre ancienne et nouvelle rés. administratives)
 Enfants : _____
 Ascendant : _____

V = _____ m³ D = _____ km VD = _____

FRAIS DE TRANSPORT DES PERSONNES :

CV = _____ € x _____ km = _____

SNCF = _____ km Classe _____ places = _____

MONTANT DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE :

+ (_____ x _____) = _____

Majoration éventuelle de 20 % (art. 18 paragraphe _____) + _____

Indemnité complémentaire (agents venant de Corse) + _____

MONTANT TOTAL DES DROITS

= _____

Réduction éventuelle de 20% (art. 19 paragraphe _____) - _____

MONTANT A REMBOURSER PAR VIREMENT BANCAIRE

Arrêté le présent état à la somme de _____

T | K _____
 PARA

T | P _____
 PARA

TOTAL _____

A Poitiers, le