Demande de prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail

Décret n°2023-812 du 21 août 2023 modifiant

le décret n°2010-676 du 21 juin 2010 (Indemnité 0039)

Questionnaire à servir par l'agent

Nom : **Prénom :**

Affectation :

Numéro de Sécurité sociale :

Grade : **Discipline :**

Domicile habituel

Numéro et rue :

Code postal : **Commune :**

Lieu de travail

NB : en présence de plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaire que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à remboursement partiel

Numéro et rue :

Code postal : **Commune :**

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)

NB : en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire ***pour chaque abonnement***

Nature :

Identité du transporteur :

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur

☐ carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités

☐ carte ou abonnement mensuel à nombre de voyages limités ou illimités

☐ carte ou abonnement hebdomadaire à nombre de voyages limités ou illimités

☐ abonnement à un service public de location de vélo

Période et montant de l'abonnement souscrit :

Période : du ……/……/…….. au ……/……/……

Montant du titre d'abonnement souscrit (payé par l'agent) : …….€

(joindre les justificatifs originaux des titres d'abonnement)

Je déclare que :

- mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration ;
- je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonction ;
- je ne suis pas logé par l'administration à proximité immédiate de mon lieu de travail ;
- je ne bénéficie à aucun titre de la prise en charge des frais de transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ou d'indemnités représentatives de frais pour les déplacements domicile-travail.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

Fait à_____, le _____, Signature de l'agent :

Partie réservée aux services académiques (rectorat ou DSDEN)

Ministère : **Code adm :**

Détail de la liquidation :…….

Montant mensuel de la prise en charge partielle :……..……**€**

(dans la limite du plafond fixé au 1er janvier 2023 à 96.36€)

Date d'effet de la prise en charge : du……au ……..

Paye de : ……

Signature et cachet de l'employeur :