

**Demande de remboursement partiel des titres de transport afférents
aux trajets « domicile - travail » hors Ile-de-France
(décret n° 2006-1663 du 22 décembre 2006)**

Ministère ou service:

Nom : _____ Grade : _____
Prénom: _____
Numéro de Sécurité sociale : _____ Affectation : _____

1. Questionnaire à servir par l'agent

Domicile habituel :

Numéro et rue :

Commune : _____ Bureau distributeur : _____

Code postal :

Lieu de travail :

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

Numéro et rue:

Commune : _____	Bureau distributeur : _____
Code postal : _____	

Arrêt, station ou gare desservant:

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Quotité travaillée : ☐ >ou = à 50 % ☐ <à 50 %

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur

Cocher la case correspondante

(NB; en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire pour chaque abonnement)

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

☐ carte ou abonnement mensuel à nombre de voyages illimités

(NB: ne peut donner lieu à remboursement partiel qu'en l'absence de formule annuelle ou à renouvellement tacite à nombres de voyages illimités proposée par le transporteur)

☐ carte ou abonnement mensuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyages limités

Coût de l'abonnement :- -, - - € (prix public du transporteur)

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 logement de fonction 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 de ma situation administrative ou personnelle susceptible d'avoir une incidence sur le principe ou le montant de la prise en charge.

Fait à _____ le _____ Signature de l'agent:

2. Questionnaire à servir par l'employeur

Coût de l'abonnement :- -, - - € (prix public du transporteur)

Modalité de la prise en charge partielle (montant total max. : 51.75 €) :

- si versement direct à l'agent, ---,-- €
montant

- si versement au transporteur, ---,-- €
montant

- si formule mixte, montants
respectifs

---,-- € (agent)

---,-- €

(transporteur)

Total :

) ---,-- €

Signature et cachet de l'employeur: