

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

Ministère ou service : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Affectation : _____
Numéro de Sécurité sociale : _____
Grade : _____

Questionnaire à servir par l'agent

Domicile habituel

Numéro et rue : _____
Commune : _____
Code postal : _____ Bureau distributeur : _____

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 : _____
Code postal : _____ Bureau distributeur : _____

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile : _____
Votre lieu de travail : _____

Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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 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 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 :

Questionnaire à servir par l'employeur

Modalité de la prise en charge partielle :

- si versement direct à l'agent, montant : - - - - - €
- si versement au transporteur, montant : - - - - - €
- si formule mixte, montants respectifs : - - - - - € (agent)
 - - - - - € (transporteur)

Signature et cachet de l'employeur :