

## AIDE AU DEPLACEMENT POUR RAISONS DE SANTE HORS DU DEPARTEMENT OU DE LA COM DE RESIDENCE

### *Action Sociale d'Initiative Académique (ASIA)*

*Déplacement dans l'hexagone : 600,00 €*

*Déplacement dans la Caraïbes : 300,00 €*

Les prestations d'action sociale **sont des aides à caractère facultatif.**

Elles ne peuvent être versées que dans la **limite des crédits prévus à cet effet et de leur disponibilité.**

**Leur paiement NE PEUT DONNER LIEU A RAPPEL.**

**Le dossier COMPLET (imprimé + pièces justificatives) doit être adressé dans les meilleurs délais au :**

### RECTORAT DE L'ACADEMIE DE GUADELOUPE

Cellule de l'action sociale  
Parc d'activités la Providence - ZAC de Dothémare  
97183 Les Abymes Cedex

Responsable de l'action sociale : PODIO Myriam

☎ 0590.47.82.34

ce.actionsociale@ac-guadeloupe.fr

**Attention : les dossiers incomplets ne pourront pas être instruits. ET doivent parvenir au service de l'action sociale 6 mois maximum après le déplacement**

#### **Demandeur**

Nom de l'agent : ..... Prénom : .....  
*(en majuscule)*

Etablissement d'affectation : .....

Public     Privé    Grade : .....

#### **Bénéficiaire des soins** *(si autre que l'agent lui-même)*

Nom : ..... Prénom : .....  
*(en majuscule)*

Lien de parenté avec l'agent demandeur :     Conjoint     Enfant

**Date de la demande :**

**Mois du séjour :**

**Réservé à l'administration**

**N° Tiers Chorus :**

**Demandeur**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
(en majuscules)

Nom de naissance : .....  
(en majuscules)

Date et lieu de naissance : ..... à .....

N° de sécurité sociale (INSEE) : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ //\_\_\_ (13 chiffres + 2)

Adresse personnelle : .....

..... ☎ 0590 ..... 📠 0690 .....

Mél : .....

**Bénéficiaire (à remplir si agent n'est pas le bénéficiaire des soins)**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
(en majuscule)

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....  
(en majuscule)

**Situation professionnelle**

Fonctionnaire titulaire ou stagiaire<sup>(1)</sup> depuis le : ..... Date de dernière affectation : .....

Non titulaire dates du contrat : ..... Temps complet/Temps partiel <sup>(1)</sup> : .....%

Retraité(e) date de départ en retraite : ..... <sup>(1)</sup> *barrer la mention inutile*

**Situation familiale**

Célibataire     Marié(e)     Pacsé (e)     Vie maritale     Veuf(ve)     Séparé(e)

Divorcé(e)

depuis le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Autres personnes vivant au foyer**

**Conjoint (concubin, partenaire ou colocataire)**

Nom Prénom : ..... Date de naissance : .....

Actif :  OUI     NON    Education nationale     Autre ministère     Autre Fonction Publique

***(joindre arrêté d'affectation)***

Profession : ..... Employeur : .....

**Enfants**

Nombre total d'enfants : ..... Nombre d'enfants à charge : .....

| Nom Prénom (enfants à charge) | Date de naissance | Situation scolaire/professionnelle |
|-------------------------------|-------------------|------------------------------------|
|                               |                   |                                    |
|                               |                   |                                    |
|                               |                   |                                    |
|                               |                   |                                    |
|                               |                   |                                    |

# DECLARATION SUR L'HONNEUR

---

Je, soussigné(e) Monsieur/Madame <sup>(1)</sup> ....., sollicite l'attribution de l'ASIA et certifie sur l'honneur l'exactitude des documents et renseignements fournis. Je m'engage à signaler à l'administration tout changement dans ma situation administrative, familiale ou bancaire qui pourrait intervenir au cours de l'année concernée par ma demande, et à adresser toutes pièces justificatives de ce changement

**La loi rend passible d'amende et/ou de peines d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes et de fausses déclarations (article L. 554-1 du code de la Sécurité sociale et articles 441-1, 441-6 et 441-7 du Code pénal).**

Je reconnais avoir pris connaissance qu'une fausse déclaration m'exposerait à des sanctions pénales et/ou des peines d'emprisonnement.

Fait à :

Le :

<sup>(1)</sup> *barrer la mention inutile*

*Signature de l'intéressé(e)  
précédée de la mention « Lu et approuvé »*

*N.B : Les informations recueillies sont utilisées par la Cellule d'action sociale et la plateforme CHORUS du rectorat de l'académie de la Guadeloupe.*

*Elles sont uniquement destinées à traiter administrativement et financièrement votre dossier de demande de prestations d'action sociale. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent.*

Observations particulières (à porter à la connaissance du service) :

.....

.....

.....

.....

.....

## CONDITIONS GENERALES À REMPLIR

- **Appartenir à l'une des catégories d'agents visés par les lois, décrets et circulaires de la fonction publique suivants :**
  - Articles L731-1 à L733-2 du code général de la fonction publique
  - Décret n° 2006-21 du 6 janvier 2006 modifié relatif à l'action sociale au bénéfice des personnels de l'état
  - FP/4 n°1931 – 2B – n°256 du 15 juin 1998
  - DGRH C1-3 du 23 juillet 2007
- **Avoir été convoqué par le médecin** (fournir la convocation, le certificat de présence et la copie des cartes d'embarquement)
- **S'il s'agit d'accompagner le conjoint ou l'enfant à charge (en situation de handicap ou étudiant de -25 ans)** fournir un document justifiant le rattachement de l'enfant au foyer et le certificat du médecin précisant l'accompagnement par l'agent.
- **Aide limitée à 4 déplacements** par année civile.
- **Dans le cas d'une cure** fournir la prescription médicale ainsi que l'acceptation de la sécurité sociale, le certificat de présence ou la facture avec les dates du séjour, et la copie des cartes d'embarquement (les dates du voyage doivent encadrer le séjour en cure)

## PIECES A FOURNIR

*Rappel : Tout dossier incomplet ne sera pas étudié*

- Photocopie de la pièce d'identité de l'agent
- Photocopie de la carte vitale (numéro INSEE lisible) ou attestation de droits MGEN
- Photocopie intégrale du livret de famille
- Titulaire : photocopie du dernier arrêté d'affectation ou contrat de travail
- Non-titulaire : contrat(s) de travail (durée de 6 mois minimum l'année de la demande pour tous contractuels de droit public rémunérés sur le budget de l'Etat) et dernier arrêté d'affectation
- Photocopie de la dernière fiche de paye ou notification de pension (retraité)
- Si conjoint Education nationale : photocopie de l'arrêté d'affectation ou contrat de travail
- Relevé d'identité bancaire (un **original, pas une copie**) comportera obligatoirement les **nom, prénom** et adresse de l'**agent** le RIB doit obligatoirement être celui de la paye de l'agent. En cas de compte-joint, il doit mentionner obligatoirement les prénoms de chacun des conjoints)
- Convocation médicale <sup>(1)</sup>
- Attestation de présence à la consultation ou bulletin d'hospitalisation <sup>(2)</sup>
- justificatifs de voyage

**Si l'agent accompagne son conjoint ou son enfant malade, fournir en plus :**

- Photocopie de la pièce d'identité du conjoint ou de l'enfant <sup>(3)</sup>
- Document justifiant l'accompagnement médical du conjoint ou de l'enfant par l'agent ainsi que le rattachement de l'enfant au foyer fiscal <sup>(4)</sup>

**N.B :** dans le cas où le déplacement pour raison de santé viendrait à se reproduire au cours de la même année scolaire, fournir alors uniquement le formulaire rempli et les documents justificatifs <sup>(1,2,3,4)</sup>