

DEMANDE DE VERSEMENT DU FORFAIT MOBILITÉS DURABLES

Décret n° 2020-543 du 9 mai 2020 **modifié** relatif au versement
du forfait mobilités durables dans la fonction publique de l'Etat

Renseignements administratifs

NOM DE FAMILLE (de naissance) en majuscules		NOM D'USAGE en majuscules	
PRÉNOMS			
Numéro de Sécurité sociale (NIR)		<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
Grade	Fonction ou discipline (si enseignant du 2 nd degré)		
<div> <div></div> <div></div> </div> Adresse personnelle			
Code postal	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	VILLE	

Votre situation administrative

Titulaire <input type="checkbox"/>		Non titulaire <input type="checkbox"/>		Stagiaire <input type="checkbox"/>	
Départ ou arrivée durant l'année		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> arrivée <input type="checkbox"/> départ		Date d'arrivée ou de départ au cours de l'année ____/____/____	
Quotité de temps de travail hebdomadaire		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> À temps plein durant l'année ____ du ____/____/____ au ____/____/____ <input type="checkbox"/> À temps partiel au taux horaire de <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 70 % <input type="checkbox"/> 80 % <input type="checkbox"/> 90 % d'un temps plein du ____/____/____ au ____/____/____ 			
Télétravailleur		<input type="checkbox"/> du ____/____/____ au ____/____/____ pour un nombre de ____ jours par semaine			
Affectation principale (obligatoire) école, établissement, service				
📍 Adresse				
Code postal		_ _ _ _ _ _ _		VILLE _____	
Exercez-vous une activité auprès d'un autre employeur public ?				OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, nom de l'employeur public				
📍 Adresse :				
Code postal		_ _ _ _ _ _ _		VILLE _____	
Nombre d'heures travaillées auprès de cet employeur		____ HEURES		Nombre de jours déclarés au titre du forfait auprès de cet employeur	
				____ JOURS	

Pour les agents effectuant du co-voiturage (conducteur ou passager), le présent formulaire doit obligatoirement être accompagné d'un justificatif : relevé de facture (passager) ou de paiement (conducteur) d'une plateforme de covoiturage ou attestation sur l'honneur du covoitureur (covoiturage hors plateforme) via cet outil : <https://attestation.covoiturage.beta.gouv.fr/salarie-secteur-public> ou attestation du registre de preuve de covoiturage.

Règlement général sur la protection des données (RGPD) : Les informations recueillies dans la présente demande font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et les services de la DRFIP. Vous disposez, conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant en adressant un courrier à votre service gestionnaire. Vous disposez également d'un droit d'opposition, de limitation du traitement et d'un droit à la portabilité de vos données.

DEMANDE DE VERSEMENT DU FORFAIT MOBILITÉS DURABLES

Décret n° 2020-543 du 9 mai 2020 **modifié** relatif au versement
du forfait mobilités durables dans la fonction publique de l'Etat

J'atteste sur l'honneur utiliser à l'occasion de mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail, le ou les moyens de transport suivants pour le nombre de jours indiqué : *choisir votre option en fonction de votre situation*

☐ J'ai perçu l'indemnité de remboursement des frais de transport domicile-travail du 01/01 au 31/12/____

☐ Je n'ai pas perçu l'indemnité de remboursement des frais de transport domicile-travail du 01/01 au 31/12/____
(indiquer le nombre de jours de déplacements réalisés durant l'année au titre de laquelle la demande est produite)

	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL
Vélo	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Covoiturage	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Autre engin personnel	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Service de mobilité partagée	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Nombre <u>total</u> de jours de déplacements réalisés ouvrant droit au bénéfice du FMD													__ JRS

Je déclare ne pas me trouver dans les exclusions visées par le décret :

- ☐ Ne pas solliciter le FMD pour un abonnement à un service public de location de vélo déjà pris en charge au titre du décret du 21 juin 2010.
- ☐ Ne pas percevoir d'indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon(mes) lieu(x) de travail.
- ☐ Ne pas bénéficier d'un logement de fonction sur le lieu de travail ou d'un véhicule de fonction.
- ☐ Ne pas être transporté gratuitement par mon employeur.
- ☐ Ne pas bénéficier pour les mêmes trajets d'une prise en charge au titre des frais de déplacements temporaires.
- ☐ Ne pas bénéficier des dispositions du [décret n°83-588 du 1er juillet 1983](#) (personnels situés dans la zone de compétence de l'autorité organisatrice des transports parisiens dont le handicap empêche d'utiliser les transports en commun).

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

Je m'engage à fournir tout justificatif réclamé par l'administration à tout moment de l'année. L'administration se réserve le droit de demander toutes informations complémentaires dont elle aurait besoin dans le cadre des contrôles effectués.

Fait à	_____	Le	__ / __ / ____
Signature obligatoire			
Validation service gestionnaire			