



SERVICE DU COMMISSARIAT
DES ARMEES



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

**DEMANDE DE PERCEPTION
DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE DE CHANGEMENT DE RESIDENCE (Nouvelle-
Calédonie, Polynésie française, Wallis-et-Futuna)**

Décret n° 98-844 du 22 septembre 1998 modifié

(Document à adresser accompagné des pièces justificatives nécessaires au CCR du GSBdD soutien)
Les dossiers inexacts ou incomplets seront renvoyés au GSBdD expéditeur

- DEMANDE DE PERCEPTION ANTICIPEE** (au maximum 3 mois avant la date de prise de fonction)
- DOSSIER DE REGULARISATION** (obligatoire si une demande anticipée a été faite et au plus tard 1 an après la date de prise de fonction, la famille devant avoir rejoint l'agent 6 mois au maximum après sa prise de fonction)
- DEMANDE DE PERCEPTION** (à compter de la date de prise de fonction et jusqu'à 1 an après la date de prise de fonction)

Grade	NOM - Prénom	Numéro ALLIANCE

A renseigner obligatoirement par le CCR

CODE D'ENGAGEMENT FD@LIGNE									
F	D			D					

NUMERO DE COURRIER DEPART (FD@LIGNE)	
VISA DU VALIDEUR (grade, nom, prénom)	
COORDONNEES DU CCR (courriel + téléphone)	

AFFECTATION

LIEU d'affectation actuelle (résidence administrative)	LIEU d'affectation future (résidence administrative)
ETAT / VILLE	TERRITOIRE / VILLE
Date de prise de service dans la résidence administrative	Date de prise de service dans la résidence administrative
Adresse de la résidence familiale actuelle	Adresse de la future résidence familiale
Cadre réservé au CCR	
Code CREDO de l'UA perdante :	Code CREDO de l'UA prenante :
	En application de l'article paragraphe alinéa.....

Muté par décision n° :	n°98-844 du 22 septembre 1998 modifié	
Motif de la décision :		
Cadre réservé au CAMID		
Abattement de 20% :	OUI	NON
	Caractéristique du logement :	
	Non meublé par l'administration	Meublé par l'administration
Cadre réservé au CAMID		
Indemnité forfaitaire (transport de bagage)	OUI	NON
Indemnité forfaitaire (transport de mobilier)	OUI	NON

SITUATION FAMILIALE

Situation de famille	Célibataire	
	Marié	
	Pacsé	
	Divorcé	
	Veuf	
Nombre d'enfant (s) à charge au sens des prestations familiales Attention : les enfants doivent effectuer le déplacement		
Prénom et date de naissance des enfants		
Ascendant (s) à charge et vivant ordinairement sous le toit de l'agent (nom, prénom, date de naissance)		
Situation professionnelle du conjoint	Secteur privé	
	Fonctionnaire (FPE, FPT, FPH)	
	Militaire	
	Autre	
Fait-il l'objet d'une mutation ?	Oui	Non
Bénéficiera-t-il de la prise en charge, par son employeur, de ses changement de résidence ?	Oui	Non

Cadre réservé au CAMID

Prise en charge du conjoint :	OUI	NON
-------------------------------	-----	-----

CHANGEMENT DE RESIDENCE A L'INTERIEUR D'UN TERRITOIRE D'OUTRE-MER (les cadres précédents doivent également être renseignés)

Revenus du ménage (revenu annuel déclaré) en euros	Agent	
	Conjoint	
	Total (agent + conjoint)	

Cadre réservé au CAMID

Prise en charge du conjoint :	OUI	NON
-------------------------------	-----	-----

ELEMENT CONCERNANT LE DEPLACEMENT

Date de déplacement des membres de la famille	
---	--

COORDONNEES DE L'AGENT

Ces éléments sont utiles pour pouvoir vous contacter en cas de besoin quant à votre dossier de changement de résidence :

Numéro de portable :

Et/ou

Adresse mail privée :

Veillez à ce qu'un de ces éléments soit toujours valide.

Ces coordonnées n'ont pas vocation à demeurer dans la base de données FDL, elles sont supprimées dès la finalisation du dossier de l'agent par le CAMID.

Ces coordonnées ne font l'objet d'aucune transmission à aucune autre administration.

AUTHENTICITE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE DEMANDEUR

Je soussigné....., certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

FAIT à _____, le/...../.....

SIGNATURE