

**Demande de remboursement partiel des titres de transport utilisés
pour les trajets résidence habituelle ↔ lieu de travail
Fonctionnaires, agents non titulaires et stagiaires conventionnés**

Nom et prénom(s) :

.....

Affectation :

.....

Adresse personnelle :

.....

Adresse professionnelle :

.....

● Votre quotité de temps de travail est-elle inférieure à 50 % ? (durée de travail mensuelle inférieure à 76 heures) : oui non

● Exercez-vous un emploi auprès d'un autre employeur public que l'Inserm ? oui non

Si oui, indiquez vos dates de début et de fin d'emploi :

Arrêt, gare ou station de départ (domicile) :	Arrêt, gare ou station d'arrivée (lieu de travail) :
.....
Zone de départ n° : (pour l'Ile-de-France)	Zone d'arrivée n° : (pour l'Ile-de-France)

● **NATURE DU TITRE DE TRANSPORT SOUSCRIT** ●

Les titres de transports susceptibles de donner lieu à un remboursement partiel par l'Inserm sont les suivants :

① Abonnements multimodaux à nombre de voyages illimité, ainsi que les cartes et abonnements annuels, mensuels ou hebdomadaires ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités délivrés par la Régie autonome des transports parisiens (RATP), la Société nationale des chemins de fer (SNCF), les entreprises de l'Organisation professionnelle des transports d'Ile-de-France ou toute autre entreprise de transport public de personnes ;

② Abonnement à un service public de location de vélo.

N.B. : les cartes et abonnements « à renouvellement tacite » sont des titres souscrits pour une durée supérieure à un mois et reconduits automatiquement par prélèvement automatique mensuel sur votre compte courant.

Titres de transport utilisés pour les déplacements domicile-lieu de travail (nom du titre de transport)	Périodicité du titre (annuel, mensuel, hebdomadaire)	Date de début d'utilisation	Coût du titre

● **MODALITES DE REMBOURSEMENT** ●

Quotité de temps de travail	Montant du remboursement mensuel	Plafond mensuel (révisable annuellement)
Supérieure ou égale à 50 %	50 % du coût total des titres utilisés	86,17 €
Inférieure à 50 %	25 % du coût total des titres utilisés	

Pour bénéficier du remboursement, **joignez impérativement** à ce formulaire :

- la copie des **titres de transport nominatifs** indiquant leur durée de validité,
- ou, si la durée de validité n'est pas indiquée sur le(s) titre(s), la **copie recto/verso des titres nominatifs et la copie des justificatifs de paiement correspondants** (reçus, factures, attestation d'abonnement établie par le transporteur...).

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné(e)....., déclare :

- ✎ utiliser les transports publics comme indiqué ci-dessus,
- ✎ ne pas bénéficier d'un transport assuré ou remboursé par l'Inserm ou d'un transport collectif gratuit,
- ✎ ne pas être logé(e) par l'Inserm dans des conditions telles que je ne supporte aucun frais de transport pour me rendre à mon lieu de travail,
- ✎ ne pas bénéficier, 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,
- ✎ ne pas bénéficier de l'allocation spéciale réservée aux travailleurs handicapés en service en Ile-de-France, qui, en raison de leur handicap, ne peuvent utiliser les transports en commun (décret n° 83-588 du 1^{er} juillet 1983).

Je certifie l'authenticité des renseignements précités et m'engage à :

- signaler immédiatement à l'Inserm tout changement intervenu portant sur l'un des éléments d'information ci-dessus,
- tenir à la disposition de l'Inserm, aux fins de contrôle, le ou les titre(s) de transport utilisé(s).

A

le

Vu et vérifié - Signature du responsable :

Signature de l'agent :

● **Cet imprimé doit être adressé à votre pôle ressources humaines** ●

Toute fausse déclaration est susceptible d'entraîner l'application des sanctions disciplinaires prévues au titre II du statut général des fonctionnaires, voire de sanctions pénales (article 22 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968).