



Action Sociale d'Initiative Académique
AIDE AU DEMENAGEMENT
Trois dernières années **consécutives** en communes isolées, suivies d'un
déménagement sur le littoral

RECTORAT DE LA GUYANE

Action Sociale

Site TROUBIRAN B.P.6011
97306 CAYENNE
tel : 0594 217 21 45
tel : 0594 27 20 19

Année scolaire 2017-2018

Important : Cette prestation n'est versée que dans la limite des crédits disponibles.

CE DOSSIER DOIT ETRE RETOURNE IMPERATIVEMENT AVANT LE 01 MARS 2018

BENEFICIAIRE

NOM.....PRENOM :.....

Date et lieu de naissance.....N° de Sécurité sociale.....

Adresse Personnelle :.....

Code Postal :..... Ville :.....

GRADE :.....Nombre d'années passées en communes isolées :.....

Affectation en **2014/2015**:.....

Affectation en **2015/2016**:.....

Affectation en **2016/2017** :.....

Affectation rentrée 2017 :.....

Téléphone personnel :.....Téléphone professionnel :.....mel :.....

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e).....atteste sur l'honneur :

- ne pas bénéficier d'un logement à titre gratuit ou d'une indemnité de logement, ou être hébergé.
- Ne pas avoir sollicité le bénéfice du **C.I.V.** ou **des frais de changement de résidence**

Je certifie sur l'honneur la sincérité des renseignements portés sur ce document

Date et signature du demandeur :

N.B : La loi réprime les fraudes et fausses déclarations (articles 441-1 et 441-6 du Code Pénal).

PIECES A JOINDRE EN DOUBLE EXEMPLAIRE avec des pièces lisibles (N.B : tout dossier incomplet sera rejeté)

- Copie de la carte d'identité et de la carte vitale
- Copie du livret de famille (pour les épouses)
- Copie du dernier bulletin de salaire reçu
- Copie des arrêtés d'affectation de **2014-2015/2015-2016/2016-2017 (ou contrat)**
- Copie de votre arrêté de nomination en qualité de stagiaire ou de titulaire au titre de l'année scolaire **2017/2018**
- Relevé d'identité bancaire ou postal (**de la Paye**) RIB Original

Conditions générales :

- Appartenir à l'une des catégories d'agents visés par la circulaire FP n°1552 et 2A n°50 du 29 mars 1984 (B.O. n°23 du 07 juin 1984)
- Exposer un indice inférieur ou égal à **467**
- **Montant : 500 €**

Notice explicative pour les demandes de Prestations d'Actions Sociales d'Initiative Académique (A.S.I.A) et les Prestations Interministérielles (P.I.M)

Vous devez utiliser les formulaires correspondants à votre situation. **Pour que votre dossier soit complet, le formulaire doit être correctement et intégralement rempli.**

Le dossier doit comporter toutes les pièces demandées. Si vous oubliez des pièces ou si les informations nécessaires à l'examen de votre demande ne sont pas présentes, **votre demande sera rejetée.**

Aucune photocopie ne pourra être effectuée sur place.
Merci de veiller à ce que les photocopies soient bien lisibles.

Après réception de votre dossier, vous recevrez **un accusé de réception par e-mail** vous indiquant que votre demande sera étudiée.

N.B. : Les prestations d'action sociale sont des prestations à caractère facultatif.

Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à un rappel.

Vous êtes cordialement invités à consulter le "Guide du service social et d'action sociale" et "le tableau des aides" de votre académie à l'adresse suivante : <http://www.ac-guyane.fr/> → volet **ESPACE PROFESSIONNEL**, rubrique " Service Social et Action Sociale pour les personnels ".

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

➤ déclare avoir pris connaissance des modalités de constitution de mon dossier de (*intitulé de la demande*) :

.....

➤ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et des pièces fournies. Je m'engage à signaler à l'administration tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation au cours de la période de validité du présent dossier.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 441.1 du code pénal). L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L.583-3 du code de la sécurité sociale).

Je reconnais avoir pris connaissance qu'une fausse déclaration m'exposerait à des sanctions pénales.

Fait à _____, le _____

Signature de l'intéressé(e) :