**DEMANDE DE VERSEMENT DE L’AIDE EXCEPTIONNELLE DITE « INDEMNITE INFLATION »**

**Décret n° 2021-1623 relatif aux modalités de versement de l’aide exceptionnelle prévue à l’article 13 de la**

**loi n° 2021-1549 du 1er décembre 2021 de finances rectificative pour 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre identité | ***.*** |
|  **\* Civilité :** |  |
|  **\* Nom d’usage :** |  | **Nom de naissance :** |  |
|  **\* Prénom :** |  |  |  |
|  **\* Date de naissance :**  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Votre situation administrative au 31 octobre 2021 |
|  **\* Employeur :** |  |
| **\* Situation d’emploi :** | **☐ Fonctionnaire**  | **☐ Contractuel:** |
|  | **Corps :** …..... |

Je sollicite le versement de l’aide exceptionnelle pour le motif suivant (une seule réponse) :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | J’étais en position de disponibilité ou de congé de mobilité durant tout le mois d’octobre 2021.Préciser les dates de début et fin de la disponibilité/du congé mobilité : …………………………… |
| [ ]  | J’étais lié par un contrat de travail, ou par un engagement dans la réserve des Armées, au cours du mois d’octobre 2021 d’une durée cumulée inférieure à 20 heures ou, en l’absence de durée horaire, à 3 jours Préciser les dates de contrat/réserve effectués au mois d’octobre 2021 : ……………………………… |
| [ ]  | J’ai exercé des vacations au cours du mois d’octobre 2021Préciser les dates des vacations effectuées au mois d’octobre 2021 : ………………………………… |
| [ ]  | J’ai exercé une activité accessoire (jury de concours, formateur…) au cours du mois d’octobre 2021Préciser les dates des activités exercées au mois d’octobre 2021 : ………………………………… |
| [ ]  | J’ai contribué à l’exercice d’une mission de service public à caractère administratif en tant que collaborateur occasionnel au cours du mois d’octobre 2021Préciser les dates des missions effectuées au mois d’octobre 2021 : ………………………………… |
| [ ]  | J’ai bénéficié d’une gratification au titre d’une période de stage ou de formation professionnelle au cours du mois d’octobre 2021Préciser les dates de début et de fin des périodes de stage ou de formation professionnelle : ………………………………… |
| [ ]  |  Autre (préciser\*) :……………………………………………………………………. |

***\* Rubrique à renseigner OBLIGATOIREMENT***

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir perçu l’aide exceptionnelle auprès d’un autre employeur ou organisme.

A , le

*Signature*