



CESU FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Merci de compléter intégralement ce formulaire en lettres capitales

Numéro C.G.O.S lettre

Nom

Prénom.....

E-Mail.....

à compléter si vous n'avez pas collé d'étiquette code-barres ci-dessus

TYPE DE CESU (un seul choix possible) :

PAPIER



CESU



DÉMATÉRIALISÉS

E-mail obligatoire



E- CESU

Attention : les CESU dématérialisés sont utilisables uniquement pour rémunérer un intervenant dont je suis l'employeur direct

CONDITIONS

Vous êtes agent. Vous devez avoir constitué le dossier C.G.O.S de l'année en cours et fourni le dernier avis d'impôt sur les revenus (à défaut, vous recevrez le montant minimum, soit 100 € de CESU). Le versement par votre établissement de la contribution patronale spécifique CESU est une des conditions obligatoires préalable à l'attribution des CESU.

Une seule attribution de CESU est effectuée par an et par foyer (même en cas de couple hospitalier). L'attribution des CESU est effectuée dans la limite des fonds disponibles. Toute demande arrivée après le 10 du mois sera traitée le mois suivant.

J'ai pris connaissance du fait que si ma demande n'est pas honorée, elle sera renouvelée automatiquement dans l'année civile.

Date et signature de l'agent : **(obligatoire)**

Cachet de l'établissement, date et signature du Correspondant C.G.O.S : **(facultatif)**

DATE LIMITE D'ENVOI DE VOTRE DEMANDE AU C.G.O.S DE VOTRE REGION : LE 30 NOVEMBRE.

Conformément à la loi n° 78-17 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations recueillies ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Un droit d'accès et de rectification est à votre disposition auprès du C.G.O.S. En cas de non-réponse aux questions du présent document, vous ne pourrez bénéficier des prestations du C.G.O.S.