

Demander un repositionnement



Espace
Pimprenelle

DomiServe
PAR LA BANQUE POSTALE

Attention, une demande de repositionnement doit impérativement nous être adressée avant votre commande.

Mon identité

Mme M

NOM* : PRENOM* :

N° de Matricule* :

Date de naissance* :/...../.....

Adresse* : Code Postal* : Ville* :

Tel. fixe* : Tel. portable* : Email* :

Afin que nous puissions vous recontacter, merci de fournir au moins un numéro de téléphone ou email.

* Information obligatoire

Ma demande

● Réévaluation de la participation de la RATP

Mon taux de participation actuel : 24 % 39 % 54 %

Je demande une réévaluation de mon taux de participation : Oui Non

Pour que votre demande soit étudiée, merci de joindre à ce formulaire votre avis d'imposition de l'année N-1.

Si vous êtes non imposable sur les revenus, vous pouvez bénéficier d'un taux de participation à 89 %.

● Majoration de mon plafond de commande

Je suis en situation monoparentale, je demande une majoration de mon plafond de commande. Oui Non

Pour que votre demande soit étudiée, merci de joindre à ce formulaire votre avis d'imposition de l'année N-1 le mentionnant.

Je suis parent d'un enfant handicapé, je demande une majoration de mon plafond de commande. Oui Non

Pour que votre demande soit étudiée, merci de joindre à ce formulaire votre avis d'imposition de l'année N-1 si votre enfant est à votre charge ou une attestation délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (lieu de résidence de votre enfant).

Je suis en situation de handicap, je demande une majoration de mon plafond de commande. Oui Non

Pour que votre demande soit étudiée, vous devez être déclaré auprès de la Maison Handicap de la RATP.

Mon conjoint est en situation de handicap, je demande une majoration de mon plafond de commande. Oui Non

Pour que votre demande soit étudiée, votre conjoint (marié, pacsé, vie maritale, concubin) doit être déclaré comme tel auprès des services RH. Merci de joindre à ce formulaire une attestation délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées de moins de 2 ans (de votre lieu de résidence).

Je suis en situation d'aidant familial, je demande une majoration de mon plafond de commande. Oui Non

Pour que votre demande soit étudiée, merci de joindre à ce formulaire la notification de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en cours de validité et une déclaration sur l'honneur mentionnant votre lien de parenté (ascendant du 1er degré, parent) avec la personne aidée.

Je suis bénéficiaire du dispositif de solidarité «Don de jours», je demande une majoration de mon plafond de commande. Oui Non

Fait à : Le / /

Signature du salarié :