



CESU FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Merci de compléter intégralement ce formulaire en lettres capitales

Numéro C.G.O.S lettre

Nom - Prénom

Nom de naissance.....

Adresse.....

Code postal Ville.....

Date de naissance / /

E-Mail.....

TYPE DE CESU (un seul choix possible) :

PAPIER



CESU



DÉMATÉRIALISÉS

E-mail obligatoire



E-CESU

Assurez-vous au préalable que votre intervenant accepte le paiement en e-CESU.

CONDITIONS

Vous êtes agent en activité. Vous devez avoir constitué le dossier C.G.O.S 2015 et fourni l'avis d'impôt 2014 sur les revenus 2013 (à défaut, vous recevrez le montant minimum, soit 80 € 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.

Si ma demande n'est pas honorée, elle sera automatiquement reportée sur la prochaine commande de CESU.
La première commande de CESU sera effectuée courant avril 2015.

Je soussigné(e) déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Toute fausse déclaration engage ma responsabilité. J'ai bien noté que le C.G.O.S, responsable de traitement, met en oeuvre un traitement de données à caractère personnel pour la gestion des demandes d'action et de prestations et que ces données renseignées dans ce formulaire peuvent également être utilisées pour m'informer et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Les informations demandées sont toutes nécessaires à la gestion de ma demande. En application des dispositions de la loi informatique et libertés du 06.01.1978, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données me concernant, qui s'exerce par demande écrite signée accompagnée d'une copie d'un titre d'identité et adressée par courrier postal auprès du correspondant informatique et libertés au siège social du C.G.O.S ou par courrier à cil@cgos.asso.fr

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

DATE LIMITE D'ENVOI DE VOTRE DEMANDE AU C.G.O.S DE VOTRE REGION : LE 30 NOVEMBRE 2015.