

Déclaration de prise en charge des frais de transport
et Déclaration pour l'indemnité forfaitaire d'hébergement
Interne de Médecine Générale et interne en stage ambulatoire
Recto/Verso

Période de stage du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA)

Votre demande d'indemnisation concerne : un stage SASPAS
 un stage ambulatoire (en pédiatrie, en gynécologie médicale...)
 un stage chez le praticien

Nom patronymique : Nom usuel :
Prénom : Code APH (obligatoire) :
Adresse du domicile :

Nom et adresse du maître de stage	Stage 1	
	Stage 2	
	Stage 3	

Je souhaite bénéficier de la prise en charge partielle du prix des titres de transport en application des dispositions de l'article 5 de la loi n°82-684 du 4 août 1982

Pièces à fournir pour la prise en charge partielle du prix des titres de transport :

- la photocopie de votre carte intégrale et le justificatif de votre abonnement annuel ou,
- la photocopie de votre carte mensuelle et le(s) justificatif(s) de paiement de la période concernée ou, **(Toute demande incomplète ne sera pas traitée)**
- la photocopie de votre abonnement annuel Vélib ou,
- la photocopie de votre carte imagine « r » et le justificatif de votre abonnement annuel.

Itinéraire			Type abonnement et nombre de zone (2)
Départ (gare, station)	Arrivée (gare, station)	Type de transport (1)	

(1) : préciser : SNCF grandes lignes / SNCF banlieue / RATP métro / RATP RER SNCF / Autobus RATP / Autobus APTR / Véhicule personnel / Autres
(2) : hebdomadaire, mensuel, annuel

Ce bordereau est à adresser à : ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS - Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités - Bureau des Internes - Bureau 201 - 3, avenue Victoria - 75184 PARIS CEDEX 04
Ou par email à : bdi.aphp.sap@aphp.fr

Déclaration de prise en charge des frais de transport et Déclaration pour l'indemnité forfaitaire d'hébergement Interne de Médecine Générale et interne en stage ambulatoire Recto/Verso

Je souhaite bénéficier de l'indemnité forfaitaire de transport en application du décret N°2011-291 du 04 mars 2014

Pièces à fournir pour le versement de l'indemnité forfaitaire :

- un extrait de l'itinéraire emprunté précisant la distance en km (service d'itinéraire en ligne) chemin le plus court

Itinéraire (par terrain de stage durant la période concerné)		Distance
SI >15 km	Stage 1	Centre Hospitalier Universitaire (Siège AP-HP) → Lieu de (Toute demande incomplète ne sera pas traitée) km
		Domicile → Lieu de stage km
	Stage 2	Centre Hospitalier Universitaire (Siège AP-HP) → Lieu de stage km
		Domicile → Lieu de stage km
	Stage 3	Centre Hospitalier Universitaire (Siège AP-HP) → Lieu de stage km
		Domicile → Lieu de stage km

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements énoncés ci-dessus et m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'administration dont je relève toute modification de ma situation susceptible d'entraîner une révision de mes droits à remboursement partiel du montant de mes frais de transport ou au versement d'une indemnité forfaitaire de transport.

En cas de demande de versement d'une indemnité forfaitaire de transport, j'atteste par la présente ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant mon stage.

Fait à Le

Signature

Je souhaite bénéficier de l'indemnité forfaitaire d'hébergement en application du décret N°2018-571 du 03 juillet 2018 et arrêté d'application du même jour

(Toute demande incomplète ne sera pas traitée)

Pièces à fournir pour le versement de l'indemnité forfaitaire d'hébergement

- un extrait de l'itinéraire emprunté précisant la distance en km (service d'itinéraire en ligne) chemin le plus court

Itinéraire (par terrain de stage durant la période concerné)		Distance
SI >30 km	Stage 1	Centre Hospitalier Universitaire (Siège AP-HP) → Lieu de stage km
		Domicile → Lieu de stage km
	Stage 2	Centre Hospitalier Universitaire (Siège AP-HP) → Lieu de stage km
		Domicile → Lieu de stage km
	Stage 3	Centre Hospitalier Universitaire (Siège AP-HP) → Lieu de stage km
		Domicile → Lieu de stage km

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements énoncés ci-dessus et m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'administration dont je relève toute modification de ma situation susceptible d'entraîner une révision de mes droits percevoir l'indemnité forfaitaire d'hébergement.

Je m'engage à ne bénéficier d'aucun hébergement ou aide financière octroyés par une collectivité territoriale ou un établissement public.

Fait à Le

Signature

Ce bordereau est à adresser à : ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS - Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités - Bureau des Internes - Bureau 201 - 3, avenue Victoria - 75184 PARIS CEDEX 04
Ou par email à : bdi.aphp.sap@aphp.fr