

# Agospap

## Ticket CESU AP-HP

### FORMULAIRE DE DEMANDE



1 dossier par enfant et par an

Réservé aux agents de la fonction publique hospitalière en position statutaire d'activité

Merci de compléter intégralement votre formulaire en lettres capitales et de le signer

#### 1 LE BÉNÉFICIAIRE

Identifiant   
(figurant sur votre bulletin de salaire)

Civilité  Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom  Prénom

Adresse personnelle

Code Postal  Ville

Téléphone (dans la journée)  Votre date de naissance

Email

#### 2 L'ENFANT

Nom de l'enfant  Prénom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

#### 3 LES RESSOURCES / LA SITUATION FAMILIALE

Nombre actuel de parts fiscales  ,  Revenu fiscal de référence  € (de l'année N-2, sans les centimes)

Dans un souci d'équité, le nombre de parts fiscales maximum est limité à 4.

#### 4 LE TICKET CESU

Je choisis le format de Ticket CESU qui me convient le mieux et souhaite recevoir des :  Ticket CESU papier  Ticket CESU dématérialisé

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'attribution de titres Ticket CESU. Ces données sont uniquement destinées à A.C.E. et à l'Agospap. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant. Pour exercer ce droit, ou pour toute autre demande, vous pouvez écrire à A.C.E. - Service Clients - Immeuble Columbus - 166-180, boulevard Gabriel Péri - 92240 Malakoff.

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fiscales mentionnées ci-dessus et certifie que mon enfant ne bénéficie pas déjà d'un accueil AP-HP (crèche AP-HP, centre de loisirs AP-HP, crèche conventionnée avec l'AP-HP).
- Je m'engage à transmettre à l'Agospap, à sa demande, tout document ou pièce justificative prouvant mon éligibilité à la prestation. Dans le cas contraire ou en cas de fausse déclaration, l'Agospap se réserve le droit de suspendre mes accès à toutes prestations.
- Je m'engage à valider ma demande auprès de mon DRH.

**À RETOURNER À :**  
**Ticket CESU - Agospap CESU AP-HP**  
**Immeuble Columbus - 166-180, boulevard Gabriel Péri - 92240 Malakoff**

Signature obligatoire du demandeur :

Fait à :

Date :

