

FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

Référence : PS0110

Téléphone : 05 56 11 33 70

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

à adresser à :

Caisse des Dépôts

Direction de la santé et de l'autonomie – Mandats santé - FEH

6 place des Citernes - 33059 Bordeaux Cedex

Plus d'informations sur : politiques-sociales.caissedesdepots.fr/FEH

COLLECTIVITÉ

[H] 1

Numéro d'immatriculation

CNRACL :

Numéro SIRET :

.....

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Courriel :

.....

DEMANDE DE REMBOURSEMENT ÉTABLIE AU TITRE DU ^{er (ème)} TRIMESTRE

CODE PRESTATION T80 - T90 - CFP	CODE STATUT T-C	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	MONTANT DE L'ASSIETTE	MONTANT À REMBOURSER
TOTAL				

La collectivité certifie les informations sus-indiquées, ainsi que celle des états annexes, conformes aux sommes ordonnancées au comptable assignataire.
(article 3 du décret n°95-245 du 1^{er} mars 1995)

Cachet de la collectivité

Établi le :
par :

Signature du responsable
de la collectivité :

NOTICE IMPRIMÉ H1

Le décret n°95-245 du 1^{er} mars précise les modalités de remboursement des indemnités incombant au Fonds pour l'Emploi Hospitalier, en application de l'article 14 de la loi n°94-628 du 25 juillet 1994.

Les demandes de remboursement (imprimés H1, H2 et H3) établies par trimestres civils doivent être transmises à l'adresse suivante : **Caisse des dépôts et consignations - FEH - 6 place des Citernes - 33059 Bordeaux Cedex**

Nota 1 : Joindre un RIB du compte à créditer lors de la première demande de remboursements ainsi que pour toute modification des références de paiement.

Nota 2 : Le Fonds pour l'Emploi Hospitalier pourra être amené à demander la copie des bulletins de salaire des agents ouvrant droit au remboursement.

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de vos demandes, vous devez utiliser et renseigner impérativement les rubriques de l'imprimé H1 de la manière suivante :

Cadre 1 : Identification de la collectivité

Indiquer obligatoirement le n° de SIRET (14 caractères) et préciser les autres rubriques d'identification.

Cadre 2 : Trimestre civil concerné

Indiquer obligatoirement le numéro du trimestre et le millésime (ex : 1er (ème) trimestre 2025)

Cadre 3 : Ventilation de la demande de remboursement par prestation et statut

→ Code prestation (3 possibilités) :

T80 : pour le temps partiel à 80%

T90 : pour le temps partiel à 90%

CFP : pour le congé de formation professionnelle

→ Code statut (2 possibilités) :

T : Fonctionnaire (titulaire ou stagiaire)

C : Contractuel de droit public

→ Nombre de bénéficiaires :

Indiquer le nombre de bénéficiaires de la prestation dans le statut concerné (ex : 123 pour les 123 agents)

→ Montant de l'assiette en EURO :

- indiquer le montant du total des assiettes concernant un type de prestation pour un statut donné
- le détail de ces montants est à déclarer dans le document H2
- la définition des assiettes est déterminée au dos du modèle H2

→ Montant à rembourser en EURO :

Le montant à rembourser s'obtient selon la prestation en distinguant les titulaires des contractuels de la manière suivante :

- temps partiel 80 % (T80) : montant à rembourser = montant de l'assiette x 2/45
- temps partiel 90% (T90) : montant à rembourser = montant de l'assiette /96
- congé de formation professionnelle (CFP) :
montant à rembourser = (montant de l'assiette /30) x 15% x nombre de jours de formation

→ Totaliser le nombre de bénéficiaires les montants des assiettes et les montants à rembourser

Cadre 4 : Authentification du document

Certifier la demande de remboursement par l'apposition du cachet de la collectivité et signature de son responsable.

FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

Référence : PS0110

Téléphone : 05 56 11 33 70

DÉTAIL DES MONTANTS DES ASSIETTES

à adresser à :

Caisse des Dépôts

Direction de la santé et de l'autonomie – Mandats santé - FEH

6 place des Citernes - 33059 Bordeaux Cedex

COLLECTIVITÉ :	N° CNRACL :
H 2 N° SIRET :	PÉRIODE :

[illegible]

Caisse des dépôts et consignations

6 place des Citernes - 33059 Bordeaux Cedex - Tél. : 05 56 11 33 70

NOTICE IMPRIMÉ H2

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de vos demandes, vous devez renseigner impérativement les rubriques de l'imprimé H2 de la manière suivante :

Cadre 1 : Identification de la collectivité

Indiquer obligatoirement le n° de SIRET (14 caractères) de la collectivité ainsi que la période (n° trimestre et année).

Cadre 2 : Liste nominative des agents ouvrant droit aux prestations du Fonds pour l'Emploi Hospitalier pour le trimestre considéré

→ Code SAE :

Codification de l'emploi dans les statistiques annuelles des établissements, destinées au Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées. Le code à retenir est le dernier connu au cours du trimestre à rembourser.

→ Indiquer pour chaque agent :

- le NIR (n° de Sécurité sociale : 13 caractères)
- les noms et prénoms (nom patronymique pour les femmes mariées)
- le code de prestation :

T**8****0** : pour le temps partiel à 80%

T**9****0** : pour le temps partiel à 90%

C**F****P** : pour le congé de formation professionnelle

- le code statut pour le cessation progressive d'activité (colonne ST) :

T : Fonctionnaire (titulaire ou stagiaire)

C : Contractuel de droit public

- l'assiette, selon la prestation :

- **pour le temps partiel T80 et T90**, l'assiette = traitement brut indiciaire figurant sur le bulletin de salaire de l'agent plus les cotisations patronales obligatoires au prorata du temps de travail effectué,

Sont notamment exclus du montant de l'assiette :

- les cotisations non obligatoires (CGOS, ANFH, UNEDIC...),
- le supplément familial,
- l'indemnité forfaitaire pour le travail des dimanches et jours fériés,
- les indemnités horaires pour travaux supplémentaires,
- l'indemnité d'intérim, l'indemnité de licenciement,
- l'indemnité de vagemestre,
- l'indemnité responsabilité des régisseurs d'avances et de recettes,
- l'indemnité pour travaux dangereux, insalubres, incommodes ou salissants,
- les indemnités de chaussures, de vêtements de travail, de bicyclettes,
- l'indemnité complémentaire aux bénéficiaires d'un contrat emploi solidarité,
- l'indemnité exceptionnelle de cessation progressive d'activité,
- l'indemnité travail normal de nuit et majoration spéciale pour travail intensif,
- les indemnités de transport, de déplacement,
- l'indemnité pour autopsie,
- la rémunération au titre d'une tâche d'enseignement ou de Jury d'examens.

- **pour le congé de formation professionnelle :**

- Titulaire : assiette = traitement brut indiciaire plus l'indemnité de résidence du mois qui précède la formation
- Non titulaire : assiette = traitement brut indiciaire plus l'indemnité de résidence et les charges patronales du mois qui précède la formation



FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

Référence : PS0110

Téléphone : 05 56 11 33 70

DÉCISIONS COLLECTIVES

à adresser à :

Caisse des Dépôts

Direction de la santé et de l'autonomie – Mandats santé - FEH

6 place des Citernes - 33059 Bordeaux Cedex

COLLECTIVITÉ :	N° CNRACL :
H 3 N° SIRET :	PÉRIODE :

Le Directeur,

Vu la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière,

Vu le livre IX du code de la santé publique,

Vu le statut général des fonctionnaires, titres I et IV,

Vu la loi n°83-634 du 15 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et la circulaire du 5 juin 1984,

Vu la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière et la circulaire n°188 du 17 juin 1987,

Vu le décret n°82-1003 du 23 novembre 1982 relatif aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel des agents titulaires des établissements d'hospitalisation publics,

Vu le décret n°2001-164 du 20 février 2001 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière,

Vu les demandes des intéressés,

N I R	NOM / PRENOM	PRESTAT.	ST	DATE DÉBUT	DATE FIN	NBRE JOURS CFP

Caisse des dépôts et consignations

6 place des Citernes - 33059 Bordeaux Cedex - Tél. : 05 56 11 33 70

[illegible]

Caisse des dépôts et consignations
6 place des Citernes - 33059 Bordeaux Cedex
Téléphone : 05 56 11 33 70

NOTICE IMPRIMÉ H3

Vous devez renseigner les rubriques de l'imprimé H3 de la manière suivante :

Cadre 1 : Identification de la collectivité

Indiquer obligatoirement le n° de SIRET (14 caractères) de la collectivité ainsi que la période (n° trimestre et année).

Cadre 2 : Liste nominative des agents ouvrant droit aux prestations du Fonds pour l'Emploi Hospitalier pour le trimestre considéré

→ Indiquer pour chaque agent :

- le NIR (n° de Sécurité sociale : 13 caractères)
- les noms et prénoms (nom patronymique pour les femmes mariées)
- le code de prestation :

T80 : pour le temps partiel à 80%

T90 : pour le temps partiel à 90%

CFP : pour le congé de formation professionnelle

- le code statut :

T : Fonctionnaire (titulaire ou stagiaire)

C : Contractuel de droit public

- la date de début du temps partiel ou congé de formation professionnelle
- la date de fin du temps partiel ou congé de formation professionnelle

→ Pour le congé de formation professionnelle uniquement :

Indiquer le nombre de jours effectués dans le trimestre

