

Personnes à charge autres que conjoint ou concubin (Nom - Prénoms)	Sexe M F	Date de Naissance	En nourrice ou en crèche	Etudes primaires secondaires ou assimilées	Etudes supérieures	Handicapé	Service militaire	Demandeur d'emploi	N'est plus à charge
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESSOURCES DU FOYER ANNEE N-1 ou N-2 (EN EUROS)
si application du quotient familial

**Cadre réservé au
Correspondant Local**

RESSOURCES ANNUELLES AGENT, CONJOINT ET AUTRES (A) :

NOMBRE DE PARTS (B) : QUOTIENT FAMILIAL(C) : **C = A : B : 12**

*Conformément à la loi n°78-17 du 06.01.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :
Les informations recueillies ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules
nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Un droit d'accès et de
rectification est à votre disposition auprès de votre Comité. En cas de non réponse aux questions du présent
document, vous ne pourrez bénéficier des prestations du COGOHR.*

☞ **ATTENTION** : Cet imprimé accompagné des pièces justificatives n'est recevable que s'il est daté et signé
conjointement par l'agent et le Correspondant de l'Établissement.

DOSSIER RECEVABLE QU'APRES ETUDE PAR LES SERVICES DU COGOHR.

**J'AI BIEN NOTE QUE PAR MON REFUS DE FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS
CONCERNANT MES RESSOURCES ET MA SITUATION FAMILIALE, JE RENONCE
POUR L'ANNEE EN COURS AUX PRESTATIONS.**

Cadre réservé au contrôle par la Comptabilité du COGOHR

NOM – PRENOMS ET SIGNATURE DU
CORRESPONDANT LOCAL DE
L'ETABLISSEMENT, CACHET ET DATE

Reçu le

A Le
SIGNATURE DE L'ADHERENT
Toute fausse déclaration est sujette à poursuite (article 441.7 du code pénal)

LE PRESIDENT DU COGOHR, LE DIRECTEUR DU COGOHR,

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné :

Établissement :

atteste sur l'honneur avoir perçu (ou percevra) de mon organisme social pour

la période des congés maladie du au

Mutuelle *

Assurance *

Autre *

Le pourcentage de%

* mettre une croix dans la case correspondante.

Fait à

Le

Signature
(Précédée de la mention « ***lu et approuvé*** »)

PIECES A FOURNIR POUR L'AIDE MALADIE :

- 1 demande (imprimé spécial « aide maladie »)
- 1 (les) bulletin(s) de paye relatif(s) à la (aux) période(s) de demi ou deux tiers de traitement
- 1 relevé d'identité bancaire
- 1 décision de l'Établissement plaçant l'agent en demi ou en deux tiers de traitement.
- Attestation sur l'honneur précisant le % perçu par la mutuelle ou l'organisme social à compléter obligatoirement dans le dossier.

RAPPEL : TOUT DOSSIER ADRESSE AU COGOHR DOIT ETRE COMPLET (TOUTES LES PIECES DEMANDEES DOIVENT ETRE JOINTES AU MOMENT DE L'ENVOI).

ATTENTION : SI UN DOSSIER EST INCOMPLET, LA DATE DE PRISE EN COMPTE SERA CELLE OÙ LE DOSSIER EST COMPLET.