|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant mise en congé de solidarité familiale agent relevant du régime spécial**  M  Grade |

Le Maire de la Commune de *(ou le Président de)* .................................................,

Vu le Code de la Sécurité Sociale,

Vu le Code Général de la Fonction Publique et notamment ses articles L.633-1 à L.633-4,

(le cas échéant, fonctionnaire stagiaire) Vu le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

(le cas échéant, fonctionnaire à temps non complet) Vu le décret n° 91-298 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

Vu le décret n° 2002-1547 du 20 décembre 2002 relatif à la prise en compte pour la retraite du congé d’accompagnement des personnes en fin de vie,

Vu le décret n° 2013-67 du 18 janvier 2013 relatif au congé pour solidarité familiale et à l’allocation d’accompagnement des personnes en fin de vie pour les fonctionnaires relevant de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Considérant la demande de mise en congé de solidarité familiale et d’allocation journalière d’accompagnement d’une personne en fin de vie présentée par Mme/M. ..........................., pour une durée de ………….. à compter du ……………….,

Considérant les justificatifs joints à la demande,

Considérant l’accord de la CPAM[[1]](#footnote-1) sur la demande d’allocation journalière,

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1** : M ........................................... est placé(e) en congé de solidarité familiale à compter du ..................... jusqu’au ………………. (durée maximum 3 mois).

**(Ou)** Mme/M ............................................ est placé(e) en congé de solidarité familiale par période fractionnées de…………….(au moins 7 jours) jusqu’au…………………..(durée maximale de 6 mois).

**(Ou)** Mme/M ............................................ est placé(e) en congé de solidarité familiale à compter du...................... jusqu’au ……………….. (durée maximum 3 mois), sous la forme d’un service à temps partiel d’une quotité de 50%, 60%, 70% ou 80%.

**ARTICLE 2 :** Pendant cette période,il /ellen'est pas rémunéré(e).

**OU**

*(Lorsque le congé est transformé en période d’activité à temps partiel)* Pendant cette période, l’agent percevra ………….% *(50, 60, 70 % ou 6/7ème dans le cas de services représentant 80 % du temps plein)* du traitement et des primes et indemnités. Le supplément familial de traitement ne peut être inférieur au montant minimum versé aux fonctionnaires travaillant à temps plein ayant le même nombre d’enfants à charge.

**ET**

Il / Elle percevra au maximum 21 allocations journalières d'accompagnement d'une personne en fin de vie *(42 lorsque le congé est transformé en période d’activité à temps partiel)* et conservera l’intégralité de ses droits à avancement. Ces allocations sont à la charge de la collectivité.

Cette période pourra être prise en compte pour la constitution et la liquidation de la pension de retraite sous réserve du versement des cotisations correspondantes après réintégration.

**ARTICLE 3 :** En cas de renouvellement, la demande devra être présentée au moins 15 jours avant l’expiration de la période de congé de solidarité familiale[[2]](#footnote-2).

**ARTICLE 4 :** Le congé prend fin soit à l'expiration de la période autorisée, soit dans les 3 jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit de manière anticipée sur demande de l'agent.

**ARTICLE 5 :** A l'expiration du congé de solidarité familiale, l'intéressé(e) sera réintégré(e) automatiquement et de plein droit dans sa collectivité d'origine.

**ARTICLE 6** : Ampliation de l’arrêté sera transmise :

* au Comptable de la collectivité,
* à Monsieur le Président du Centre de Gestion,
* à l’intéressé(e)

Fait à………………………,

le……………………………

Prénom, Nom et qualité du signataire

|  |
| --- |
| Le Maire (*ou le Président*),  - certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,  - informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de POITIERS (86) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.  Ce recours peut être déposé sur l’application informatique « Télérecours citoyens », accessible par le site : [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)  Notifié le …………………………….  Signature de l’agent : |

1. *L’accord de la CPAM est réputé acquis en cas de non-réponse 7 jours après réception de la notification de l’autorité territoriale* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Le renouvellement est possible une fois pour une durée maximale de 3 mois* [↑](#footnote-ref-2)