

### Déclaration de revenus

Tableau à compléter uniquement dans le cas où votre situation familiale et vos ressources ont changé par rapport au dernier avis d'imposition (séparation, veuvage, etc.).

Complétez le tableau ci-dessous en indiquant le dernier montant mensuel perçu (attention aux revenus trimestriels, les chiffres à reporter ci-dessous doivent être mensuels).

Nature des ressources	Montant mensuel perçu par vous-même	Montant mensuel perçu par votre conjoint(e), partenaire pacsé(e) ou concubin(e)
Pensions, retraites, rente		
Pensions alimentaires		
Traitements, salaires ou revenus d'activité		
Allocations de préretraite ou de chômage		
Rentes viagères à titre onéreux		
Revenus des valeurs et capitaux mobiliers		
Revenus fonciers		
Autres revenus, précisez :		
.....		
.....		
.....		

### 1. Vous-même

Madame  Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : .....

Votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu ; ex. : nom du ou de la conjointe) : .....

Vos prénoms (soulignez votre prénom usuel) : .....

Votre date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Téléphone (OBLIGATOIRE pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Vous n'avez pas de n° de téléphone (merci de cocher la case suivante) :

Votre adresse : .....

Code postal : | | | | | | | | Commune : ..... Pays : .....

Votre adresse mail : .....

Votre n° de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### 2. Votre situation de famille

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  En concubinage  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

Depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### 3. Votre conjoint(e) ou partenaire pacsé(e) ou concubin(e), si vous vivez en couple

Son nom de famille (nom de naissance) : .....

Son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu ; ex. : nom du ou de la conjointe) : .....

Ses prénoms (soulignez le prénom usuel) : .....

Son n° de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sa date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | En cas de décès, précisez la date : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? oui  non

### 4. Le contexte de votre demande d'aide

Afin de nous permettre de traiter au mieux votre demande, merci de bien vouloir nous préciser les éléments suivants :

- ▶ Déposez-vous cette demande pour faire réaliser des travaux d'adaptation dans votre logement ? ..... oui  non
- ▶ Vivez-vous seul(e) à votre domicile ? ..... oui  non
- ▶ Avez-vous des difficultés d'accès ou de déplacement au sein de votre logement ? ..... oui  non
- ▶ Avez-vous au moins deux contacts avec votre famille, vos amis, votre voisinage dans la semaine ? (hormis la personne avec laquelle vous vivez) ..... oui  non
- ▶ Lors des 6 derniers mois :
  - Avez-vous été hospitalisé(e) ? ..... oui  non
  - Avez-vous fait une chute ? ..... oui  non
  - Avez-vous connu un changement personnel ou familial important récemment ? (ex. : décès, placement d'un proche dans une maison de retraite) ..... oui  non
- ▶ Vivez-vous avec une personne dépendante ? ..... oui  non

**5. Votre situation au regard des aides légales versées par le conseil départemental**

Attention ! Si vous ne remplissez pas cette rubrique, votre demande ne pourra être traitée.

**▶ Percevez-vous l'une de ces aides ?**

**Au titre de la dépendance :**

allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou prestation spécifique dépendance (PSD) : **oui**  **non**

**Au titre du handicap :**

allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou prestation de compensation du handicap (PCH) : **oui**  **non**

Si **oui**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez l'une de ces aides :

Si **non**, précisez si pour ces aides : .....

- vous n'avez pas déposé de demande
- votre demande est en cours d'étude
- votre demande a été rejetée (\*)
- vous en avez refusé l'attribution

(\*) Si la case est cochée, merci de joindre la copie de la notification de rejet à la présente demande.

**6. Personne à contacter pour le suivi de votre dossier**

**Vous pouvez indiquer si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier :**

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Numéro de téléphone :

- Cette personne est :  un membre de votre famille, un ami, un proche ;  
 votre tuteur ou curateur.

**7. Pièces justificatives**

**Vous venez de remplir votre demande d'aide. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :**

- ▶ une **photocopie recto verso** de votre dernier avis d'imposition sur le revenu, ainsi que celui de votre conjoint(e), partenaire pacsé(e) ou concubin(e).

**Important !** Vos droits seront calculés en fonction des ressources figurant dans votre avis d'imposition. Si votre situation a évolué depuis la date de ce document (*séparation, veuvage, modification importante des ressources, etc.*), complétez la **déclaration de revenus, page 4**. À défaut, ce sont les ressources de l'avis d'imposition qui seront prises en compte.

**Si vous avez déposé une demande d'APA auprès du conseil départemental, vous devez aussi fournir :**

- ▶ une photocopie de la notification de rejet au regard des aides légales versées par le conseil général.

**Si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, vous devez aussi fournir :**

- ▶ la copie du jugement de tutelle, de curatelle ou de sauvegarde de justice.

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.**

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon(ma) conjoint(e), partenaire pacsé(e) ou concubin(e) et tout changement de domicile ;
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP ;
- à régler à la caisse les sommes éventuellement versées à tort ;
- à faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la caisse pour permettre l'instruction de ma demande.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L. 114-19 à L. 114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : .....

Le

Conformément aux dispositions des articles 39 et 40 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles.

Vous pouvez exercer ces droits auprès du délégué à la protection des données de votre caisse. Si vous estimez, après avoir contacté le délégué à la protection des données, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la Cnil ou par voie postale.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement ou non de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

**Votre signature :**