



# DEMANDE D'ALLOCATION DE SOLIDARITE AUX PERSONNES AGEES

## Régime de Solidarité de la Polynésie Française (RSPF)

Date de réception

Je soussigné(e)

ASSURE(E)

NOM  
suivi du nom marital

Prénom(s)

DN

Né(e) le

Nationalité

Adresse courrier

Adresse géographique

Téléphone domicile

Portable

Bureau

Email

Fax

Situation familiale

Célibataire

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Concubinage

PACS

Déclare sur l'honneur que :

➔ Je réside en Polynésie française de manière continue depuis plus de 15 années  oui  non

➔ Je suis  propriétaire de mon logement

locataire. Préciser le montant du loyer

hébergé(e). Préciser le nom et la nature des liens (familial ou amical)

➔ Je suis retraité(e)

oui

non

Si oui, préciser le montant des sommes perçues :

➔ Je suis salarié(e)

oui

non

➔ Je suis patenté(e)

oui

non

➔ Je suis associé(e) dans une société et/ou gérant de société

oui

non

➔ Je suis propriétaire de logements en location

oui

non

➔ Je suis propriétaire de terres productives de revenus

oui

non

➔ Je dispose d'autres revenus.

oui

non

Préciser

➔ Je bénéficie ou peux bénéficier d'une pension de retraite, pension de réversion, indemnités, rente ou autres versée par

Si oui, préciser le montant des sommes perçues :

- la CAFAT

oui

non

- l'ENIM

oui

non

- la Sécurité Sociale métropolitaine ou des caisses de retraite complémentaires

oui

non

- le Trésor (pension militaire, indemnités d'élu)

oui

non

- un autre organisme ou assurance privée.

oui

non

Préciser

## Conjoint(e) / concubin(e)

NOM

suivi du nom marital

Prénom(s)

DN  Né(e) le  à

➤ Votre conjoint(e)/concubin(e) :

<input type="checkbox"/> Est-il (elle) à votre charge ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, préciser le montant des sommes perçues :
<input type="checkbox"/> Est-il (elle) salarié(e) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Est-il (elle) patenté(e) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Est-il (elle) associé(e) dans une société et/ou gérant de société ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Est-il (elle) propriétaire de logements en location ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Est-il (elle) propriétaire de terres productives de revenus ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dispose-il (elle) d'autres revenus ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Préciser

➤ Votre conjoint(e)/concubin(e) bénéficie ou peut bénéficier d'une pension de retraite, pension de réversion, indemnités, rente ou autres versée par

		Si oui, préciser le montant des sommes perçues :
- la CAFAT ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>
- l'ENIM ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>
- la Sécurité Sociale métropolitaine et/ou des caisses de retraite complémentaires ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>
- le Trésor (pension militaire, indemnités d'élu) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>
- un autre organisme ou assurance privée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Préciser

## Conditions d'admission

- Etre âgé(e) de 60 ans minimum ou de 50 ans en cas d'inaptitude médicale reconnue par le médecin conseil de la CPS
- Etre de nationalité française
- Résider en Polynésie Française depuis plus de 15 ans.
- Disposer de ressources (pension et autres revenus, incluant celles de votre conjoint(e) ou concubin(e)), inférieures à un plafond fixé à :
  - 80 000 Fcfp pour un retraité, seul ou avec conjoint âgé de moins de 45 ans
  - 120 000 Fcfp pour un retraité avec un conjoint âgé de plus de 45 ans
  - 140 000 Fcfp pour deux retraités âgés de 60 ans (ou de 50 ans en cas d'inaptitude médicale)
  - 140 000 Fcfp pour un retraité et un bénéficiaire de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)

Pour tout renseignement, veuillez contacter l'antenne CPS la plus proche de votre lieu de résidence ou le service Retraite au siège.

Demandeur	Conjoint / Concubin	Pièces à fournir
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fiche concernant les comptes bancaires et/ou postaux (formulaire CPS) réf. SCRE0028-300115
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3 derniers relevés bancaires de tous vos comptes bancaires
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fiche concernant les biens immobiliers (formulaire CPS) réf. SCRE0002-300115
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Etats des transcriptions et inscriptions hypothécaires (Direction des Affaires Foncières - DAF)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiche concernant la situation des enfants (formulaire CPS) réf. SCRE0004-240211
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notification d'admission au RST (DAS)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificat(s) de résidence en Polynésie Française justifiant les 15 ans de résidence sur le territoire
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relevé d'identité bancaire (en cas de changement de référence bancaire)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Copie de votre titre de retraite, si vous bénéficiez d'une pension versée par un autre organisme de retraite (ex : pension de retraite de la Sécurité sociale métropolitaine, de la CAFAT, de l'ENIM,...)

**J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.  
Je m'engage à faciliter toutes enquêtes pour les vérifier et à informer la CPS  
de toutes modifications concernant ma situation.**

Fait à  le

Signature