



DECLARATION DE REVENUS

Date de réception

Période concernée :

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) Concubin(e) Partenaire PACS

CONJOINT(E), CONCUBIN(E) ou PARTENAIRE PACSE(E)

NOM suivi du nom marital

Prénom(s)

DN Né(e) le à

DECLARATION DES RESSOURCES

Les revenus et produits de l'activité professionnelle (sur le territoire ou hors territoire)

	Pour le demandeur	Pour le/la conjoint(e), partenaire pacsé(e), concubin(e)
	Montant	
Revenus d'activité professionnelle salariée (Brut) :	<input type="text"/> 01	<input type="text"/>
Revenus d'activité professionnelle non salariée * :	<input type="text"/> 04	<input type="text"/>
Produits des activités non salariées * :	Code à reporter**	
8A-Agriculture 8B-Coprahculture 8C-Horticulture	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8D-Apiculture 8E-Elevage 8F-Artisanat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8G-Aquaculture 8H-Pêche 8I-Perliculture	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8J-Forain	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8K-Autres, préciser :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Les indemnités

Indemnités et rémunérations versées au titre d'un mandat électif local ou national :	<input type="text"/> 40	<input type="text"/>
Revenus de substitution servis en cas de perte d'emploi temporaire :	<input type="text"/> 8M	<input type="text"/>
Indemnités liées à la rupture d'un contrat de travail ou d'une activité non salariée :	<input type="text"/> 8L	<input type="text"/>
Prestations en espèces, complémentaires ou non, versées au titre d'une incapacité de travail temporaire :	<input type="text"/> 02	<input type="text"/>
Indemnités perçues par les accueillants familiaux ou leurs remplaçants :	<input type="text"/> 56	<input type="text"/>
Indemnités perçues au titre des dispositifs d'aide à l'emploi, à la formation professionnelle et à l'insertion des personnes handicapées :	<input type="text"/> 8N	<input type="text"/>

DN

Nom - Prénom

Pour le demandeur

Pour le/la conjoint(e),
partenaire pacsé(e), concubin(e)**Les capitaux mobiliers et les revenus de biens immobiliers**Loyer : 31 Placement financier : 69 Cession actions / parts sociales : 86 Plus-value foncière : 8Y **Les avantages en nature**Nourriture : 8P Logement : 8R

Autres, préciser :

 8S **Les pensions et rentes viagères (Brut)**Pensions alimentaires : 32 Pensions de retraite CPS : 13 Pensions de victimes de guerre : 35 Pension de vieillesse, d'invalidité et autres allocations d'une autre caisse : 45 Rentes viagères : 57 **Les dons et les legs**Valeur des biens aliénés : 8T Valeur des biens reçus : 80 **Autres ressources, à préciser**

8V

Total : Total du couple :

* Montants bruts retenus pour le calcul de la CST après déduction des charges d'exploitation.

** Reporter le code de l'activité (exemple : Agriculture, reporter 8A).

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									