

Déclaration trimestrielle RSA

Art.R 262.5 du code de l'action sociale et des familles

Numéro d'allocataire :

Nom :

Prénom :

Adresse :

DECLARATION A NOUS RETOURNER
DANS LES PLUS BREFS DELAIS

MOIS CONCERNES :

Pour vous et chaque membre de votre famille, veuillez préciser le ou les changements intervenus dans la situation professionnelle.
Veuillez, si besoin, cocher la case correspondant à votre situation.

Cochez la case pour chaque personne concernée	Vous-même	Votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e)	Enfant ou autre personne	Enfant ou autre personne
			Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
* Prise ou reprise d'activité depuis le :				
- activité salariée (<i>y compris apprenti, saisonnier, intermittent</i>) ..				
- contrat aidé (Cirma, Cav, Cec, Cie, Cae, Cui, Cia Dom...), précisez lequel :				
- stage de formation rémunéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- stage de formation non rémunéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indiquez le nom, adresse et n° de téléphone de votre(vos) employeur(s) et/ou organisme de formation :				
N° de Siret de l'entreprise :				
- activité non salariée (<i>y compris exploitant(e) agricole</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fin du stage ou du contrat de travail depuis le :				
- cessation volontaire de cette activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à la recherche d'un emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- inscrit comme demandeur d'emploi depuis le :				
- indemnisé depuis le :				
* Reprise des études depuis le :				
* Autre situation depuis le :				
(<i>chômage technique, maladie, maternité, congé parental, pensionné, retraité...</i>) précisez :				

Signalez les changements intervenus depuis votre dernière déclaration

- Vous vivez en couple depuis le : _____ Vous vivez seul(e) depuis le : _____
- Votre adresse a changé depuis le : _____
 Votre nouvelle adresse : _____
 Code postal _____ Ville : _____
- Vous êtes hébergé(e) gratuitement depuis le : _____ Vous n'êtes plus hébergé(e) gratuitement depuis le : _____
- Vous êtes propriétaire d'un terrain, d'une maison ou d'un logement qui n'est pas loué, autre que votre résidence principale
- Vous recevez une pension alimentaire depuis le : _____ Précisez qui la verse (*parent(s), amis, ex-conjoint(e)...*) : _____
- Vous recevez des aides ou secours depuis le : _____ Précisez qui vous les verse (*parent(s), amis, ex-conjoint(e), associations...*) : _____
- La situation des enfants ou personnes de moins de 25 ans vivant à votre foyer a changé (fin de scolarité, arrivée ou départ du foyer...)
- Précisez leurs nom et prénom, la nature et la date de ce changement : _____

Emplacement réservé

P 3201601 J

DTRSA

N° de demande

Quelles sont les ressources pour les 3 mois indiqués. N'indiquez pas les prestations familiales versées par la Caf ou la MSA, la prime de retour à l'emploi, l'aide personnalisée de retour à l'emploi. Indiquez toutes les ressources réellement reçues chaque mois (par exemple, pour le mois de mars vous devez déclarer le montant de la pension alimentaire reçue en mars et le salaire net de février payé début mars). **Attention, vos déclarations seront systématiquement vérifiées l'année suivante auprès du service des impôts.** Déclarez les revenus perçus à l'étranger même non imposables en France.

	Vous-même			Votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)			Enfant ou autre personne			Enfant ou autre personne				
	1 ^{er} mois	2 ^{ème} mois	3 ^{ème} mois	1 ^{er} mois	2 ^{ème} mois	3 ^{ème} mois	Nom : Prénom :	1 ^{er} mois	2 ^{ème} mois	3 ^{ème} mois	Nom : Prénom :	1 ^{er} mois	2 ^{ème} mois	3 ^{ème} mois
<input type="checkbox"/> Revenus salariés nets perçus* y compris Ccc, Cae, Cie, Cia Dom														
<input type="checkbox"/> Revenus Cirma/Cav/contrat unique d'insertion														
<input type="checkbox"/> Revenus de stages de formation professionnelle														
Pour les 3 catégories ci-dessus, précisez le nombre d'heures de travail pour chaque mois	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
<input type="checkbox"/> Revenus exceptionnels (primes, rappels de salaire, d'indemnités journalières de sécurité sociale)														
<input type="checkbox"/> Revenus non salariés														
<input type="checkbox"/> Pensions alimentaires reçues														
<input type="checkbox"/> Autres pensions, rentes, retraites imposables ou non														
<input type="checkbox"/> Indemnités de chômage*														
<input type="checkbox"/> Indemnités de chômage partiel (technique)*														
<input type="checkbox"/> Allocation de veuvage														
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières de ma(pa)ternité, adoption														
<input type="checkbox"/> Autres indemnités journalières sécurité sociale														
<input type="checkbox"/> Aides et secours financiers réguliers														
<input type="checkbox"/> Autres revenus (location de biens immobiliers, revenus de capitaux placés, etc.)														
Précisez le(s)quel(s) :														
<input type="checkbox"/> Déclarez le montant de l'argent placé (plan d'épargne logement...) ou de votre épargne disponible (comptes, livrets bancaires - ex : livret A...)														
<input type="checkbox"/> Aucun revenu (pour chaque mois concerné cochez la case)	<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"/>
En cas de fin de perception, de manière certaine, de l'un des revenus déclarés et sans aucun revenu de remplacement précisez le(s)quel(s) et depuis quelle date :														

* Avant retenues ou saisies

Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts. Je m'engage à signaler tout changement qui la modifierait. Je prends connaissance que cette déclaration peut faire l'objet d'un contrôle du président du conseil général, des organismes chargés du service du Rsa, du Pôle emploi, du service des impôts et du Cnasea ; qu'à la demande de la Caf/MSA je devrai justifier de mon activité (bulletin(s) de salaire...) et de celle de tout enfant ou autre personne vivant au foyer. Je prends connaissance que si je bénéficie du Rsa je peux être tenu, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de pacs, de rechercher un emploi, de créer ma propre activité ou d'engager toute action en vue d'une meilleure insertion sociale ou professionnelle.

A _____, le _____ Signature du demandeur ou de son représentant

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Articles L.262-50 à L.262-53 du code de l'action sociale et des familles - Article 441-1 du code pénal). L'exactitude de vos déclarations peut être vérifiée, notamment par un agent de contrôle assermenté de la Caf/MSA ou directement auprès des organismes ou services cités ci-dessus (Article L 114-19 du code de la sécurité sociale). La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Caf/MSA qui a traité votre demande.