



Déclaration trimestrielle RSA

(à retourner signée dans les plus brefs délais)



Art. R.262-7 du code de l'action sociale et des familles

MOIS CONCERNÉS :

Votre situation familiale :

- ma situation n'a pas changé
 ma situation a changé depuis le voici ma nouvelle situation :

Pour chaque membre de votre foyer, déclarez les ressources perçues chaque mois (sans les centimes), n'indiquez pas les prestations familiales versées par la MSA.

	Nom : Prénom : Né(e) :	Nom : Prénom : Né(e) :
Ressources	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Salaires	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €
Indemnités chômage	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €
Pensions alimentaires reçues	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €
Si autres ressources précisez :	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €
Aucune ressource (cochez la case)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Argent placé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €

	Nom : Prénom : Né(e) :	Nom : Prénom : Né(e) :
Ressources	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Salaires	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €
Indemnités chômage	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €
Pensions alimentaires reçues	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €
Si autres ressources précisez :	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> €
Aucune ressource (cochez la case)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Argent placé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €

Si vous ou un membre de votre foyer ne percevez plus l'une des ressources déclarées, ni aucune ressource qui la remplace, précisez :
 qui :, quelle ressource : et depuis quelle date :

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts. Je m'engage à signaler à ma MSA tout changement dans ma situation familiale ou professionnelle. Je prends connaissance que cette déclaration fera l'objet d'un contrôle auprès du Conseil Général, de pôle emploi, du service des impôts et de l'ASP.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 262-50 à L. 262-53 du Code de l'action sociale et des familles - Art. 441-1 du Code pénal. La MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Art. L.114-19 du Code de la sécurité sociale).

A le

Signature (OBLIGATOIRE) du demandeur (ou de son représentant) ou du conjoint, cocubin(e) ou pacsé(e)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers 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 l'organisme qui a traité votre demande.

Réf. : 11113 - PAO CCMSA