



# POUR BIEN COMPLÉTER MA DÉCLARATION DE RESSOURCES

**Le paiement juste et rapide de votre pension d'invalidité est soumis au remplissage complet de ce document.**

Les informations que vous devez saisir doivent correspondre à la période indiquée.

Si j'ai déménagé, j'indique la date et ma nouvelle adresse.

Si oui, je coche la case qui correspond et je précise la date du changement de situation.

assuré social MME AURELIE DUPONT  
n° de Sécurité Sociale 2 00 00 00 000 000 00  
Pour tout contact ☎ 3646  
(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

Madame DUPONT Aurélie  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**INVALIDITE - DECLARATION DE SITUATION ET DE RESSOURCES**  
(articles L.341-12 et 13, L341-16 al.2, R. 341-14 et 17, R. 815-39 et 78 du Code de la sécurité sociale)

**Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_**

Madame,

Pour éviter tout retard dans le versement de votre pension d'invalidité référencée, veuillez compléter cette déclaration pour la période de référence du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_, la signer et la renvoyer par retour du courrier à l'adresse ci-dessous.

**Adresse du service invalidité :** POLE EXPERTISE INVALIDITE  
42 RUE EMILE OLLIVIER  
83082 TOULON CEDEX

**Sans réponse de votre part, les règlements seront suspendus.**

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur

**1 Votre adresse a-t-elle changé ?**  OUI  NON

**Si oui, depuis quelle date ?** \_\_\_\_\_ **Est-elle provisoire ?**  OUI  NON

Indiquez votre nouvelle adresse : \_\_\_\_\_

Avez-vous séjourné hors du territoire français ?  OUI Indiquez les dates : .....  NON

**2 Votre situation familiale a-t-elle changé ?**  OUI  NON

**Si oui, depuis quelle date ?** \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(é)  PACS  Concubin(e)  Divorcé(é)  Séparé(e)  Veuf(ve)

**Important : En cas de changement de mode de paiement, veuillez nous transmettre le RIB correspondant**

**Partie réservée à l'organisme (Ne rien inscrire dans ces zones)**

P \_\_\_\_\_ Cat \_\_\_\_\_ STMC \_\_\_\_\_ AI

AS  ANS  RP  AA

FSI/ASI - Etat \_\_\_\_\_ SM

# INVALIDITE - DECLARATION DE SITUATION ET DE RESSOURCES

Référence de la pension : Période de référence du au

Vous devez déclarer vos différentes ressources en **MONTANTS BRUTS**, et dans la monnaie dans laquelle elles ont été perçues, ceci pour la période de référence ci-dessus.

3 Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié (sur la période) du versement d'indemnités journalières par votre caisse d'assurance maladie ?  OUI  NON

4 Votre situation professionnelle correspond-elle à l'un des cas ci-dessous ?(1)  OUI  NON

Mois	<input type="checkbox"/> Activité salariée ou maintien de salaire	<input type="checkbox"/> Activité commerciale, libérale, artisanale	<input type="checkbox"/> Allocations de chômage (nature de l'allocation)	<input type="checkbox"/> Autre (Exemple : indemnités journalières versées par un autre organisme)
(détail pour chaque mois de la période de référence)	Montant BRUTS	Montant BRUTS	Montant BRUT JOURNALIER	
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
Reprise le :	Reprise le :	Reprise le :	Précisez l'activité :	
Cessation le :	Cessation le :	Cessation le :	l'organisme :	

Si oui, je coche l'activité et indique le(s) mois et le(s) montant(s) brut(s) correspondant(s) - soumis cotisation maladie.

(1) art. R. 341-17 du Code de la sécurité sociale - application des règles de cumul entre une pension d'invalidité et des revenus d'activité professionnelle salariée ou non salariée.

5 Percevez-vous l'une des prestations suivantes ?  OUI  NON

Si oui, veuillez cocher et compléter la(les) rubrique(s) correspondante(s)

<input type="checkbox"/> Pension militaire d'invalidité	<input type="checkbox"/> Pension d'un régime spécial	<input type="checkbox"/> Pension du régime agricole	<input type="checkbox"/> Rente Accident du travail	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser)
Montant mensuel	Montant mensuel	Montant mensuel	Montant mensuel	Montant mensuel

Si oui, je coche la bonne prestation et indique le montant mensuel brut.

6 Avez-vous fait une demande de pension de retraite ? (2)  OUI  NON Si oui : préciser la date de la demande : .....

(2) Art. L. 341-16 al.2 - versement de la pension d'invalidité jusqu'à la date de pension de vieillesse en cas de poursuite de l'activité professionnelle au-delà de l'âge légal de la retraite.

7 Si vous êtes titulaire de la Majoration pour Tierce Personne, avez-vous été hospitalisé(e) au cours de la période de référence ?  OUI du ..... au ..... Nom et adresse de l'établissement : .....  NON

Oui ! Je n'oublie pas d'indiquer la date de la demande.

8 Si vous bénéficiez de l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité, veuillez remplir EGALEMENT le tableau ci-dessous :

Montants BRUTS des avantages perçus pendant la période de référence	Pensions, rentes et retraites	Allocation adulte handicapé/ RSA	Salaires, gains, indemnités journalières	Allocations chômage	Autres (complémentaires, prévoyance, alloc compensatoire...)	Valeurs des biens mobiliers/immobiliers, placement, assurance vie...
Pour vous-même (en complément des paragraphes 4 et 5)						
Pour votre conjoint(e), concubin(e), partenaire de PACS...						

Je pense à indiquer les dates.

Vous, ou votre conjoint(e), avez-vous fait une donation sur la période de référence ?  OUI  NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je m'engage à faire connaître à ma Caisse tous les changements pouvant les modifier, et à fournir toute pièce justificative sur demande. Date et Signature de l'assuré(e)

J'indique tous les montants bruts que j'ai perçus ainsi que ceux de mon/ma conjoint(e).

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1,441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162 2-1-14 du Code de la sécurité sociale). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration, d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale. Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de contrôle et de paiement. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

Je pense bien à dater et signer.

- Je garde à vie mes notifications et attestations de paiement.
- Je signale tout **changement de situation** à ma CPAM (RIB, adresse, situation familiale, activité professionnelle...).
- J'adresse à ma CPAM ma déclaration de situation et de ressources dès réception, en m'aidant du tutoriel ci-dessus.
- Je perçois ma pension d'invalidité au plus tard **le 8 de chaque mois**.

