santé
famille
retraite
services

Déclaration trimestrielle RSA

(à retourner signée dans les plus brefs délais)

cerfa
N° 14129*01

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

SPECIMEN

MOIS CONCERNES :

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 versées par la MSA.

Ressources	Nom : Prénom : né(e) le :			Nom : Prénom : né(e) le :		
Salaires	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €
Indemnités chômage	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €
Pensions alimentaires reçues	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €
Si autres ressources, précisez :	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €
Aucun revenu (cochez la case)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Argent placé	☐☐☐☐☐☐ €			☐☐☐☐☐☐ €		

Ressources	Nom : Prénom : né(e) le :			Nom : Prénom : né(e) le :		
Salaires	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €
Indemnités chômage	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €
Pensions alimentaires reçues	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €
Si autres ressources, précisez :	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €	☐☐☐☐ €
Aucun revenu (cochez la case)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Argent placé	☐☐☐☐☐☐ €			☐☐☐☐☐☐ €		

Si vous ou un membre de votre foyer ne percevez plus l'un des revenus déclarés, ni aucun revenu de remplacement, précisez :

qui : _____ **, quel revenu :** _____ **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.

A _____ **le** _____

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

Ne rien inscrire au verso

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).

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