SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie
RISQUE INVALIDITÉ

MÉMO D'AIDE AU REMPLISSAGE DE MA DÉCLARATION DE RESSOURCES

A conserver

Pour éviter un retard de paiement de ma pension d'invalidité, je retourne ***rapidement*** ma déclaration de ressources intégralement complétée, datée et signée.

assuré social
n° de Sécurité Sociale
Pour tout contact

MME xxxxxxxxx
0 00 000 0000 0000
☎3646
(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

Madame xxxxxxxxx
xxxxxxxxxx
19000 xxxxxxxxxxx
France

INVALIDITE - DECLARATION DE SITUATION ET DE RESSOURCES
(articles L.341-12 et 13, L341-1[illegible] al.2, R. 341-14 et 17, R. 815-39 et 78 du Code de la sécurité sociale)
Période du xx/xx/2017 au xx/xx/2017

Madame,

Pour éviter tout retard dans le versement de votre pension d'invalidité référencée **0000000000000000**, veuillez compléter cette déclaration pour la période de référence du 01/01/2017 au 31/01/2017, la signer et la renvoyer par retour du courrier à l'adresse ci-dessous.

Adresse du service invalidité : CPAM de xxxxxxxxxxxxx- Service INVALIDITE
xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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	☐		

S 4152d

Renseignements sur la période concernée.

Je retourne ma déclaration à ma caisse d'affiliation.

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

Si OUI, je coche la case qui correspond et je joins un justificatif.

Merci d'adresser vos documents à la caisse primaire de votre département.

Mon compte ameli me rend bien des services
Pour contacter ma caisse, consulter mes remboursements, éditer mes attestations, j'ai le réflexe **ameli.fr**

3646 Service 0,06 € / min + prix appel

Si je réponds OUI, je joins les copies de bulletins de salaire ou les avis de versement de Pôle Emploi *(attestation de période indemnisée)*.

Si je réponds OUI, je joins un justificatif.

Très important ! Si je réponds OUI, j'indique la date de la demande.

Si je suis hospitalisé, je joins un bulletin de situation.

Si je suis bénéficiaire de l'ASI, je joins tous les justificatifs y compris ceux de mon conjoint, concubin, partenaire PACS.

Je pense à dater et signer pour éviter le retard de traitement.

INVALIDITE - DECLARATION DE SITUATION ET DE RESSOURCES

Référence de la pension : **00000000000000000000 Période de référence du** 01/01/2017 au 31/01/2017

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	☐ **Activité salariée ou maintien de salaire**	☐ **Activité commerciale, libérale, artisanale**	☐ **Allocations de chômage (nature de l'allocation)**	☐ **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 :

(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)

☐ Pension militaire d'invalidité	☐ Pension d'un régime spécial	☐ Pension du régime agricole	☐ Rente Accident du travail	☐ Autre (à préciser)
Montant mensuel	Montant mensuel	Montant mensuel	Montant mensuel	Montant mensuel

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

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...						

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)

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible [illegible] 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 [illegible]
En outre, l'inexactitude, le caractère [illegible] ou l'absence de déclaration, d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une [illegible] de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.
[illegible] 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 [illegible] pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

S 4152d

Pour tout renseignement complémentaire, contactez votre Caisse d'Assurance Maladie

Par téléphone au **3646** Service 0,06 € / min + prix appel du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30

ou par courriel depuis votre compte sur www.ameli.fr