

La communication des informations ci-dessous est strictement obligatoire.

**La loi vous fait obligation**

**de répondre dans le délai d'un mois.**

A défaut de réponse, les pénalités financières prévues par la loi seront appliquées.

### PERSONNES OCCUPANT LE LOGEMENT

① LOCATAIRE <i>signataire du bail</i>		② CONJOINT <i>(pour les personnes mariées, pacsées ou en concubinage)</i>		
Titre : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup>		Titre : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup>		
Nom : _____		Nom : _____		
Prénom : _____		Prénom : _____		
Nom de jeune fille : _____		Nom de jeune fille : _____		
Né(e) le : _____		Né(e) le : _____		
Tél.* : Domicile : _____ Portable : _____		Tél.* : Domicile : _____ Portable : _____		
Mél.* : _____		Mél.* : _____		
③ Autre signataire du bail <i>(colocataire)</i>		④ SITUATION DE FAMILLE au 1 <sup>er</sup> Janv. 2018		
Titre : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup>		Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/>		
Nom : _____		Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/>		
Prénom : _____		PACS <input type="checkbox"/>		
Nom de jeune fille : _____		Date de l'évènement : _____		
Né(e) le : _____				
Tél.* : Domicile : _____ Portable : _____				
Mél.* : _____				
⑤ Nombre total de personnes vivant au foyer : _____				
⑥ ENFANT(S) ET AUTRE(S) OCCUPANT(S) DU LOGEMENT				
Nom / Prénom	Né(e) le	Lien de parenté avec l'un des signataires du bail	A charge au sens fiscal, d'un des signataires du bail ou occupant	Situation actuelle
_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	_____	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____
_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	_____	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____
_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	_____	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____
_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	_____	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____
_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	_____	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____
_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	_____	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____
Une ou plusieurs de ces personnes sont-elles invalides ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquelles ? _____				

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR\*

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR\*

**⑦ ACTIVITÉ ACTUELLE DES OCCUPANTS MAJEURS DU LOGEMENT**

Cochez une case pour chaque personne	Vous exercez un emploi				Vous n'exercez pas d'emploi				
	CDI (ou fonctionnaire)	CDD, intérim	Apprenti, stage	Artisan, commerçant, profession libérale	Chômage	Etudiant	Retraité	Invalide	Autre
	Locataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint	<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"/>
Autre signataire du bail (colocataire)	<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"/>
Autre adulte vivant au foyer	<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"/>
Autre adulte vivant au foyer	<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"/>

**⑧ Nombre d'occupants percevant l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) :**

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Joindre **impérativement** à la présente déclaration :

- 1 - Photocopie de votre avis d'imposition ou de non imposition 2017, sur les revenus de l'année 2016 (y compris le 1<sup>er</sup> volet où apparaît le montant du revenu fiscal de référence), ainsi que celui de toutes les personnes vivant au foyer au 1<sup>er</sup> Janvier 2018 qui ne figurent pas sur votre avis.**
- 2 - En cas de changement de votre situation familiale par rapport à celle figurant sur l'avis d'imposition, photocopies des pièces justificatives.**
- 3 - Attestation d'assurance habitation valable au 1<sup>er</sup> janvier 2018.**

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date :

Signature :

**A RETOURNER AVANT LE 7 NOVEMBRE 2017**

CADRE RÉSERVÉ A L'ORGANISME			
<b>C</b>	<b>E</b>	<b>LF</b>	<b>S</b>
<b>I</b>	<b>RI</b>	<b>JD</b>	<b>A</b>
Action	<b>1500</b>	<b>1501</b>	<b>1502</b> <b>1503</b>
Courrier	<b>2064</b>	<b>2062</b>	<b>2063</b>
	Saisie		