

À déclarer sur www.msa.fr ou à nous renvoyer dans les plus brefs délais

Art. R.843-1 du code de la sécurité sociale
Art. R.262-7 du code de l'action sociale et des familles

Avant de compléter ce document, merci de prendre connaissance de la notice jointe

Nom et prénom de l'allocataire : _____ N° allocataire : _____

Votre situation familiale :

- Votre situation n'a pas changé au cours des 3 derniers mois
 Votre situation a changé depuis le : voici la nouvelle situation

Attention : écrire le montant net social si présent sur vos bulletins de salaire, vos relevés de pensions ou d'indemnités (maladie, chômage, ...).

Déclarez votre montant net social si présent sur vos bulletins de salaire ou relevés de prestations

| |
|---|
| Salaire |
| Indemnités chômage |
| Travailleur non salarié (cochez la case) * |
| Chiffres d'affaires ou recettes trimestrielles |
| Pensions alimentaires reçues |
| Si autres ressources (précisez) : |
| Aucune ressource (pour chaque mois concerné cochez la case) |
| Argent placé |

| | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Nom : | | |
| Prénom : | | Né(e) le : |
| Mois :/..... | Mois :/..... | Mois :/..... |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □ | □ | □ |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □ | □ | □ |
| □□□□ □ € | | |

| | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Nom : | | |
| Prénom : | | Né(e) le : |
| Mois :/..... | Mois :/..... | Mois :/..... |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □ | □ | □ |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □ | □ | □ |
| □□□□ □ € | | |

Déclarez votre montant net social si présent sur vos bulletins de salaire ou relevés de prestations

| |
|---|
| Salaire |
| Indemnités chômage |
| Travailleur non salarié (cochez la case) * |
| Chiffres d'affaires ou recettes trimestrielles |
| Pensions alimentaires reçues |
| Si autres ressources (précisez) : |
| Aucune ressource (pour chaque mois concerné cochez la case) |
| Argent placé |

| | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Nom : | | |
| Prénom : | | Né(e) le : |
| Mois :/..... | Mois :/..... | Mois :/..... |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □ | □ | □ |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □ | □ | □ |
| □□□□ □ € | | |

| | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Nom : | | |
| Prénom : | | Né(e) le : |
| Mois :/..... | Mois :/..... | Mois :/..... |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □ | □ | □ |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □□□□ □ € | □□□□ □ € | □□□□ □ € |
| □ | □ | □ |
| □□□□ □ € | | |

* Pour les micro-BIC / BNC, les nouveaux installés et les déficitaires, déclarez vos ressources sur la ligne « Chiffres d'affaires ou recettes trimestrielles »

Si vous ou un membre de votre foyer ne percevez plus l'une des ressources déclarées, ni aucune ressource qui la remplace, précisez : qui : , laquelle : 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 de France Travail, du service des impôts et de l'ASP.

A _____, le _____

Signature (obligatoire) du demandeur (ou de son représentant)

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Articles L.262-51 et L.262-52 du Code de l'action sociale et des familles - Article L.114-17 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal). La MSA vérifie l'exactitude des déclarations

Pour l'étude et la gestion de vos droits, dont le paiement à bons droits, vos données personnelles sont traitées par la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole - 19, rue de Paris 93000 Bobigny, ayant désigné un Délégué à la Protection des Données. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD), et de la Loi Informatique et Libertés (LIL) modifiée vous disposez d'un droit d'accès et de suite aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre caisse MSA de rattachement, de préférence par courrier postal signé accompagné d'une pièce d'identité signée. Si la réponse apportée ne vous paraît pas satisfaisante, vous pouvez vous rapprocher de la CNIL. Certaines de vos informations sont transmises à nos partenaires, dans le cadre des missions de nos missions respectives ou au titre de nos obligations légales. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Famille ou jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux ou encore au titre des obligations qui pèsent sur le directeur comptable et financier de la CCMSA. Toute décision administrative individuelle automatisée ou profilage est effectuée dans le respect de l'article L.311-3-1 et du chapitre 1er du titre 1er du livre IV du code des relations entre le public et l'administration. Ultérieurement, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation de politiques publiques, de lutte contre le non recours au droit, de statistiques, recherches et études.