



No 11237*02

Invalidité - Déclaration trimestrielle de ressources

Période de référence :

Échéance du :

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Pour éviter tout retard dans le versement de votre pension d'invalidité, veuillez compléter le verso de cette déclaration, la signer et la renvoyer à l'adresse indiquée ci-dessus, avant le :

Partie réservée à la caisse (ne rien inscrire dans ces zones)

VISA

M	CPAM Centre	N/R						Avantage base	a1	Montant A1	a2	Montant A2	a3	Montant A3	a4	Montant A4
		C.C.	C.Q.	A.C.	A.S.	D.F.	S.F.									
sc	Montant SOMC	sc	Montant sal. comp.	D.P.	Montant G. Sal.	Montant G. Non Sal.	Hosp.	Ressources FSI	cj	Montant PI	Montant MTP					
							D : F :									
Montant FSI		Destin.														

S 4152 c



Détachez et conservez cette attestation

No 11238*02

Invalidité - Attestation de pension

C.P.A.M. de :

BÉNÉFICIAIRE

S 4152 c bis



partie à remplir par le titulaire de la pension

En cas de changement d'adresse indiquez votre nouvelle adresse ci-dessous

En cas de changement de mode de paiement, adressez-nous un nouveau relevé d'identité bancaire ou postal le plus rapidement possible.

1 - SITUATION FAMILIALE

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e) de droit	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
En cas de modification au cours de la période de référence, précisez depuis quelle date					

2 - PRESTATIONS PERCUES PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	Montant perçu en euros	
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS DE CHOMAGE	Montant brut en euros	

3 - ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ?

<input type="checkbox"/> SALARIÉE	<input type="checkbox"/> NON SALARIÉE précisez depuis quelle date								
Montant brut des gains ou salaires perçus en euros pendant la période de référence									

4 - PRESTATIONS PERCUES AUTRES QUE LA PENSION D'INVALIDITÉ OU LE F.S.I. (en euros) (Rente AT, pension régime spécial, pension militaire d'invalidité ou de retraite)

nature	nom et adresse de l'organisme payeur	depuis le	montant trimestriel

5 - PRESTATIONS OU RESSOURCES PERCUES HORS DE FRANCE (en euros)

nature	nom et adresse de l'organisme payeur	depuis le	montant trimestriel

6 - HOSPITALISATION (bénéficiaires de la majoration pour tierce personne)

nom et adresse de l'établissement	entrée	sortie

7 - BÉNÉFICIAIRE DU FONDS SPÉCIAL INVALIDITÉ

montants bruts des avantages (en euros)	Pensions Rentes et Retraites	Alloc. Adultes Handicapés	Salaires ou Gains	Allocations chômage	F.S.I.	Valeur des biens Immobiliers	Valeur des placements	Donations	Autres
pour vous même									
pour votre conjoint									
Bénéficiez-vous de la gratuité ? :			de la nourriture		du logement				

Date et Signature de l'assuré(e)

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET/OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS (Art. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 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 rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.