



Ministère de l'emploi  
et de la solidarité

Direction Départementale du Travail,  
de l'Emploi et de la Formation Professionnelle



MINISTÈRE  
DE LA SOLIDARITÉ  
ENTRE  
LES GÉNÉRATIONS

Direction Départementale  
des Affaires Sanitaires et Sociales

PH 04



n° 61-2345

Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP)

# DÉCLARATION DE RESSOURCES

## Personne adulte handicapée

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975

Allocation aux adultes handicapés

Allocation compensatrice

*Madame, Monsieur,*

Si vous demandez à bénéficier d'une des allocations ci-dessus, nous avons besoin de connaître vos ressources car l'attribution de ces prestations en dépend.

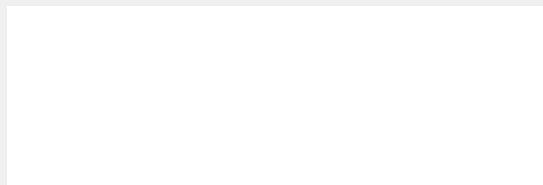
Voilà pourquoi vous devez remplir cet imprimé :

- même si vous n'avez aucune ressources ;
- même si vous n'êtes pas imposable ;
- même si vous n'avez pas fait de déclaration de revenus.

**Après l'avoir complété lisiblement, conservez le premier feuillet (pages 1, 2 et 3) et renvoyez à la COTOREP de votre département les deux autres feuillets, en même temps que le formulaire «Demande d'une personne adulte handicapée».**

N'oubliez pas de dater, de signer, et de joindre **les pièces justificatives demandées sur la notice explicative détachable.**

Cachet de la COTOREP



Destinataires : demandeur - organisme débiteur des prestations - COTOREP.

# Déclaration de ressources



n° 61-2345

Année concernée par votre déclaration : il s'agit :

- de l'année précédente à l'année en cours si vous déposez votre demande après le 1er juillet de l'année en cours ;
- de l'année antérieure à l'année précédente si vous déposez votre demande avant le 30 juin de l'année en cours.

**REVENUS PERÇUS EN FRANCE, HORS DE FRANCE OU VERSÉS PAR UNE ORGANISATION INTERNATIONALE (Livre V du Code de la Sécurité sociale)**  
**N'oubliez pas de consulter la notice explicative détachable avant de remplir chacune des rubriques suivantes :**

Personnes au foyer	Monsieur	Madame	Autres personnes ayant eu des ressources (Remplissez ces colonnes si vous bénéficiez ou demandez à bénéficier de l'allocation de logement ou de l'aide personnalisée au logement (APL).)	
<b>1</b>				
Nom :				
Prénom :				
Date de naissance :	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □
Lien de parenté des autres personnes vivant au foyer :				
<b>2</b>				
Situation particulière :				
<b>3</b>				
Traitements et salaires :	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
• indemnités journalières de maladie	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
• déduction supplémentaires	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
• frais réels	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
<b>4</b>				
Allocation chômage :	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
<b>5</b>				
Pré-retraite :	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
<b>6</b>				
<i>L'allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité ou du fonds de solidarité vieillesse, l'Allocation aux adultes handicapés, le Revenu minimum d'insertion ne sont pas à déclarer.</i>				
Pensions, retraites	_____ F	_____ F	_____ F	_____ F
et rentes soumises à l'impôt :	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>7</b>				
Rente survie ou contrat d'épargne handicap :	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
<b>8</b>				
Pensions alimentaires reçues :	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
<b>9</b>				
Revenus des professions non-salariées :	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
<b>10</b>				
Autres revenus :	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
Nature de ces revenus :				
<b>11</b>				
Charges déductibles :				
• pensions alimentaires versées	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
• frais de garde (enfants de moins de 7 ans)	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
<b>12</b>				
Revenus avant impôts perçus à l'étranger ou d'une organisation internationale :	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €	_____ F _____ €
<i>(même s'ils ne sont pas imposables en France) Déclarez en monnaie locale les montants avant impôts. Nous effectuerons la conversion en francs français.</i>				
Nature de la monnaie :				
Nature de ces revenus :				

**Destinataires : demandeur - organisme débiteur des prestations - COTOREP.**

# Renseignements complémentaires



n° 61-2345

## Percevez-vous déjà une prestation financière ?

Oui  Non

### Vous percevez :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> une pension d'invalidité   | <input type="checkbox"/> une rente accident du travail  |
| <input type="checkbox"/> des avantages vieillesse<br>depuis le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>       | <input type="checkbox"/> l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité<br>vieillesse ou du fonds spécial d'invalidité  |
| <input type="checkbox"/> l'allocation aux adultes handicapés  | <input type="checkbox"/> l'allocation de veuvage  |
| <input type="checkbox"/> la majoration pour tierce personne versée<br>par la Sécurité sociale aux invalides de 3 <sup>e</sup> catégorie<br>ou victimes d'accidents du travail | <input type="checkbox"/> la garantie de ressources de travailleur handicapé<br>depuis le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

### Si vous ne percevez pas d'avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse ou du fonds spécial d'invalidité :

Avez-vous fait une démarche pour obtenir l'une de ces prestations ? Oui  Non

Si oui, précisez laquelle et auprès de quels organismes (noms et adresses) :

---

---

## Avez-vous une activité professionnelle ?

Oui  Non

Si non, indiquez votre situation actuelle (maladie, arrêt d'activité pour élever les enfants, chômage indemnisé ou non) :

---

## Si vous vivez en couple, quelle est la situation de votre conjoint ou de la personne avec qui vous vivez maritalement ?

Est-il un ressortissant de l'Union européenne ? Oui  Non

Si oui, de quel pays : 

---

Travaille-t-il ? Oui  Non

Si il est sans activité professionnelle, indiquez sa situation actuelle (maladie, invalidité, arrêt d'activité pour élever les enfants, chômage indemnisé ou non, service militaire, etc.) :

---

Relève-t-il du régime agricole ? Oui  Non

Bénéficie-t-il de la garantie de ressources ? Oui  Non  depuis le :

## Comment voudriez-vous recevoir l'allocation ou les allocations ?

### L'allocation devra être versée :

- à vous-même
- à votre représentant tel qu'indiqué dans le formulaire de demande

### Mode de versement :

- sur un compte chèque postal
- sur un compte bancaire
- sur un compte chèque Caisse d'épargne
- autre

} Joindre un RIB

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 554-1 du code de la Sécurité sociale ; art. 150 du Code pénal). L'organisme débiteur de prestations familiales peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (art. L. 583-3 du code de la Sécurité sociale).

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts.

Je m'engage à signaler immédiatement à ma caisse tout changement intervenant dans ma situation. Je prend connaissance que ma caisse peut vérifier l'exactitude de cette déclaration auprès de l'administration des Impôts.

Le

Signature de l'allocataire  
ou de son représentant

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire dont le destinataire est la Caisse d'allocations familiales. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de la Caisse d'allocations familiales qui verse les prestations.

Destinataires : demandeur - organisme débiteur des prestations - COTOREP.