**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

*Demande individuelle effectuée par une personne de* ***moins de 25 ans***

***ATTENTION****: Si l’une des 3 conditions indiquées, ci-dessous, n’est pas remplie, vous devez obligatoirement faire une demande avec vos parents*

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Déclare sur l’honneur :

1. [ ]  Ne pas habiter chez mes parents au moment de la demande de Complémentaire Santé Solidaire.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

1. [ ]  Avoir procédé personnellement à une déclaration de revenus (joindre l’avis d’impôt).

**ou**

[ ]  M’engage sur l’honneur à l’établir pour l’année à venir.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

1. [ ]  Ne pas avoir perçu, durant les 12 mois précédant ma demande, une pension alimentaire déductible des impôts.

**ou**

[ ]  Ne plus percevoir de pension alimentaire à la date de la demande de Complémentaire Santé Solidaire.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature :

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114.13 du Code de la Sécurité Sociale, L.441.1 du Code Pénal).*

*Ce questionnaire ne dispense pas la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte de faire procéder ultérieurement à un contrôle de la situation par un agent assermenté.*