





## 4. DÉCLARATION DES RESSOURCES

### 4.1 - VOS RESSOURCES PERSONNELLES

Montants mensuels BRUTS en EUROS pour chacun des 3 mois avant cette demande.

NATURE	Mois de :	Mois de :	Mois de :
Salaires et/ou gains assimilés	€	€	€
Revenus professionnels non salariaux	€	€	€
Indemnités maladie	€	€	€
Autres revenus (retraite)	€	€	€

### Percevez-vous une des prestations suivantes ?

- Une pension d'invalidité  OUI  NON L'allocation aux adultes handicapés  OUI  NON  
Une pension de réversion  OUI  NON AVTS  OUI  NON  
Allocation veuvage  OUI  NON ASV  OUI  NON  
Autre prestation ?  OUI  NON
- Si OUI, laquelle ? .....

Avez-vous formulé une demande pour une des prestations ci-dessus ?  OUI  NON

Si OUI, laquelle ? .....

### 4.2 - LES RESSOURCES DE VOTRE CONJOINT(E) OU DE VOTRE 1<sup>ÈRE</sup> EPOUSE

Montants mensuels BRUTS en EUROS pour chacun des 3 mois avant cette demande.

NATURE	Mois de :	Mois de :	Mois de :
Salaires et/ou gains assimilés	€	€	€
Revenus professionnels non salariaux	€	€	€
Indemnités maladie	€	€	€
Autres revenus (retraite)	€	€	€

### Perçoit-il (elle) une des prestations suivantes ?

- Une pension d'invalidité  OUI  NON L'allocation aux adultes handicapés  OUI  NON  
Une pension de réversion  OUI  NON AVTS  OUI  NON  
Allocation veuvage  OUI  NON ASPA  OUI  NON  
ASV  OUI  NON  
Autre prestation ?  OUI  NON

Si OUI, laquelle ? .....

Avez-vous formulé une demande pour une des prestations ci-dessus ?  OUI  NON

Si OUI, laquelle ? .....

### 4.3 - LES RESSOURCES DES AUTRES PERSONNES A CHARGE

Montant total brut en EUROS pour le trimestre précédant votre demande.

NOM - PRÉNOM	NATURE PRESTATIONS (Salaires, retraite, indemnités...)	MONTANT

## 5. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE

5.1 - Faites-vous également votre demande au titre de l'inaptitude au travail ? OUI  NON

Si oui, fournir, sous pli confidentiel, le rapport médical complété par votre médecin traitant

5.2 - Avez-vous exercé une ou (des) activité(s) salariée(s) ?

Si oui, en quelle(s) année(s) ? .....

## 6. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE RÉSIDENCE

6.1 - Depuis quelle année résidez-vous sur le territoire de Mayotte ? [ ] [ ] [ ] [ ]

## 7. MODE DE PAIEMENT

Par virement à mon compte bancaire  ou mon compte postal   
(Joindre le relevé d'identité bancaire ou postal)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de la présente déclaration et je m'engage à déclarer tout changement de situation.

Fait à .....

le ..... Signature

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (Article L.377-1 du Code de la Sécurité Sociale, Article L.441-1 du Code Pénal). La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.*

## CADRE RÉSERVÉ AU CONSEILLER RETRAITE DE LA CSSM

Je soussigné(e), certifié à l'aide des pièces justificatives valables que  
le demandeur m'a présentées, la conformité des renseignements  
fournis sur son **état civil**, celui de son conjoint, des personnes à charges et des enfants.

Mamoudzou le .....

Signature du technicien retraite

Cachet de l'organisme

Lorsque les personnes à charges ne perçoivent aucune prestation, il faudra noter "néant"

## **5. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE**

---

### **5.1 - L'inaptitude au travail.**

L'inaptitude au travail concerne les personnes qui n'ont pas atteint l'âge requis pour bénéficier de l'ASPA.

En cas de demande de l'ASPA au titre de l'inaptitude au travail, vous serez tenu au courant de la procédure à suivre pour monter votre dossier.

### **Documents à joindre à votre demande**

#### **Dans tous les cas**

Dernier avis d'imposition,

Extraits d'acte de naissance du demandeur et des personnes à charge,

Facture EDM, SOGEA ou France TELECOM ou quittance de loyer justifiant de votre résidence sur le territoire,  
ou à défaut une attestation du Maire de votre commune

Relevé d'identité bancaire ou postal

Acte de mariage si vous êtes marié

Attestation d'affiliation à l'assurance maladie

#### **Si vous êtes de nationalité française, ajoutez**

Votre Carte nationale d'identité ou Passeport en cours de validité

#### **Si vous êtes de nationalité étrangère, ajoutez**

Votre Carte résident ou Carte de séjour en cours de validité ainsi que les différents titres de séjour pouvant justifier la régularité de votre résidence à Mayotte pendant au moins de 15 ans

#### **Si vous avez des ressources, ajoutez**

Vos justificatifs des revenus perçus pendant les trois mois précédant la demande (attestation de paiement, bulletins de pension...)

## **NOTRE POINT D'ACCUEIL**

CSSM - Immeuble Banninga - Rue de la Pompe Boboca à Mamoudzou

**Tél.: 0269 61 91 91 - Fax : 0269 62 69 62**

Email : [pfs@css-mayotte.fr](mailto:pfs@css-mayotte.fr)

du lundi au jeudi : 7h30 - 15h00

vendredi : 7h30 - 12h00