



santé
famille
retraite
services

Demande complémentaire pour les non-salariés (Revenu de Solidarité Active)

logo CG
18 X 34 maxi



Complétez cette demande si vous êtes **commerçant, artisan, non salarié agricole, ou si vous exercez une profession libérale.**

Art. L 262-7 et suivants du code de l'action sociale et des familles

► Merci de rappeler votre identité

Nom de famille :

(de naissance)

Nom d'usage s'il y a lieu :

(du conjoint, ex-conjoint, père et/ou mère)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

N° d'allocataire Caf :

N° de sécurité sociale :

► Votre situation

■ Etes-vous créateur ou repreneur d'entreprise ? oui non

■ Bénéficiez-vous de l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (ACCRE) ? oui non

■ Etes-vous cotisant solidaire ? oui non

► Votre activité relève du régime des non-salariés non agricoles (BIC-BNC)

■ Précisez la nature de votre activité :

Vous êtes inscrit au registre du commerce et des sociétés, depuis le

Vous êtes inscrit au registre des métiers, depuis le

Vous êtes inscrit au registre spécial des agents commerciaux, depuis le

Vous exercez une profession libérale, depuis le

Vous êtes auto entrepreneur depuis le

Vous êtes artiste-auteur depuis le

Vous êtes vendeur à domicile depuis le

■ Employez-vous une ou plusieurs personnes ? oui non

Si oui, il s'agit d'un(e) salarié(e) apprenti(e) stagiaire

■ Précisez le montant de votre dernier chiffre d'affaires annuel connu (hors taxes) : _____ €

pour la période du au

■ Précisez votre régime fiscal pour cette période (même si vous n'avez payé aucun impôt sur le revenu) :

Régime réel Régime réel simplifié Régime micro

■ Avez-vous, au cours de l'avant-dernière année, une activité relevant des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux ? oui non

Si oui, précisez sous quel régime fiscal : régime réel régime réel simplifié régime micro

Si votre régime d'imposition est le micro, précisez :

Pour le régime micro bic :

. le montant du dernier chiffre d'affaires : _____ €

Pour le régime micro bnc ou spécial bnc :

. le montant des recettes : _____ €

Si votre régime d'imposition est le réel ou réel simplifié, précisez :

. le montant du dernier bénéfice : _____ €

. le montant des amortissements : _____ €

. les plus-values professionnelles (imposées ou exonérées) : _____ €

. le montant de vos revenus de cette avant dernière année a-t-il substantiellement évolué depuis ? oui non

Si oui, précisez pourquoi :

Attention, n'oubliez pas de signer au dos.

Emplacement réservé

NE PAS REMPLIR

Date de la demande

N° de demande

DRSANS

Page 1/2

IDX P 1173104 Z

2 Demande complémentaire pour les non-salariés (Revenu de Solidarité Active)

► Votre activité relève du régime des non-salariés agricoles (BA-BIC-BNC)

Date de début de votre activité :

Date de clôture de votre exercice comptable :

Vos derniers bénéfices agricoles connus (ou bénéfices industriels et commerciaux ou bénéfices non commerciaux) :

Année correspondante : Montant :€

Vos bénéfices agricoles de l'avant dernière année (ou bénéfices industriels et commerciaux ou bénéfices non commerciaux) :

Année correspondante : Montant :€

Précisez votre régime fiscal pour ces périodes (même si vous n'avez payé aucun impôt sur le revenu) : régime réel régime forfaitaire

■ Précisez les aides, subventions et indemnités perçues

Année de la demande de Rsa :

Nature : _____ Montant : _____ €

Nature : _____ Montant : _____ €

Nature : _____ Montant : _____ €

Année correspondant aux derniers bénéfices agricoles connus (ou bénéfices industriels et commerciaux ou bénéfices non commerciaux) :

Nature : _____ Montant : _____ €

Nature : _____ Montant : _____ €

Nature : _____ Montant : _____ €

Avant dernière année précédant la demande de Rsa :

Nature : _____ Montant : _____ €

Nature : _____ Montant : _____ €

Nature : _____ Montant : _____ €

■ Précisez, si vous résidez dans un département d'outre-mer ou à Saint-Barthélemy, Saint-Martin ou Saint-Pierre-et-Miquelon :

Surface totale de votre exploitation : _____ ha Surface pondérée : _____ ha

► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration. Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

A _____, le

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.262-50 à L.262-53 du code de l'action sociale et des familles - Article 441-1 du code pénal).

L'exactitude des déclarations peut être vérifiée, notamment par un agent de contrôle assermenté par la Caf/MSA (Art. L. 114-19 du code de la Sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée 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 l'organisme qui a traité votre demande.

Emplacement réservé

NE PAS REMPLIR