

- Compléter le cadre correspondant à la personne concernée
- Si de nouvelles personnes vivent dans le logement, remplissez un cadre pour chacune d’entre elles

C. AUTRE OCCUPANT DU LOGEMENT (CONCUBIN NON TITULAIRE, ENFANT, ASCENDANT ...)		
OCCUPANT 1		
Carte d’invalidité supérieur ou égale 80% ? <input type="checkbox"/> - Permanent <input type="checkbox"/> Date de fin ____/____/____	ACTIVITE	RESSOURCES
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Né(e) le : ____/____/____ RFR : _____ €	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Salaire
Nom : _____ Prénom : _____	<input type="checkbox"/> CDI	<input type="checkbox"/> Retraite
Nom de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Alloc chômage
A charge fiscalement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CDD , Stage, Intérim, Cont aidé	<input type="checkbox"/> Alloc familiales
Parent(e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Auto Ent., Artisan, Commerçant, Prof. liber.	<input type="checkbox"/> AAH
Conjoint(e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant droit de visite	<input type="checkbox"/> Auto Ent., Artisan, Commerçant, Prof. liber.	<input type="checkbox"/> AEEH
Autre parenté <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant en garde alternée	<input type="checkbox"/> Chômeur(se)	<input type="checkbox"/> AJPP
A quitté le logement <input type="checkbox"/> depuis le ____/____/____	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	<input type="checkbox"/> RSA
	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> PAJE
	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> ASPA
		<input type="checkbox"/> Autre (APL/AL)

C. AUTRE OCCUPANT DU LOGEMENT (CONCUBIN NON TITULAIRE, ENFANT, ASCENDANT ...)		
OCCUPANT 3		
Carte d’invalidité supérieur ou égale 80% ? <input type="checkbox"/> - Permanent <input type="checkbox"/> Date de fin ____/____/____	ACTIVITE	RESSOURCES
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Né(e) le : ____/____/____ RFR : _____ €	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Salaire
Nom : _____ Prénom : _____	<input type="checkbox"/> CDI	<input type="checkbox"/> Retraite
Nom de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Alloc chômage
A charge fiscalement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CDD , Stage, Intérim, Cont aidé	<input type="checkbox"/> Alloc familiales
Parent(e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Auto Ent., Artisan, Commerçant, Prof. liber.	<input type="checkbox"/> AAH
Conjoint(e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant droit de visite	<input type="checkbox"/> Auto Ent., Artisan, Commerçant, Prof. liber.	<input type="checkbox"/> AEEH
Autre parenté <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant en garde alternée	<input type="checkbox"/> Chômeur(se)	<input type="checkbox"/> AJPP
A quitté le logement <input type="checkbox"/> depuis le ____/____/____	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	<input type="checkbox"/> RSA
	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> PAJE
	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> ASPA
		<input type="checkbox"/> Autre (APL/AL)

C. AUTRE OCCUPANT DU LOGEMENT (CONCUBIN NON TITULAIRE, ENFANT, ASCENDANT ...)		
OCCUPANT 2		
Carte d’invalidité supérieur ou égale 80% ? <input type="checkbox"/> - Permanent <input type="checkbox"/> Date de fin ____/____/____	ACTIVITE	RESSOURCES
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Né(e) le : ____/____/____ RFR : _____ €	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Salaire
Nom : _____ Prénom : _____	<input type="checkbox"/> CDI	<input type="checkbox"/> Retraite
Nom de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Alloc chômage
A charge fiscalement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CDD , Stage, Intérim, Cont aidé	<input type="checkbox"/> Alloc familiales
Parent(e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Auto Ent., Artisan, Commerçant, Prof. liber.	<input type="checkbox"/> AAH
Conjoint(e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant droit de visite	<input type="checkbox"/> Auto Ent., Artisan, Commerçant, Prof. liber.	<input type="checkbox"/> AEEH
Autre parenté <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant en garde alternée	<input type="checkbox"/> Chômeur(se)	<input type="checkbox"/> AJPP
A quitté le logement <input type="checkbox"/> depuis le ____/____/____	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	<input type="checkbox"/> RSA
	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> PAJE
	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> ASPA
		<input type="checkbox"/> Autre (APL/AL)

C. AUTRE OCCUPANT DU LOGEMENT (CONCUBIN NON TITULAIRE, ENFANT, ASCENDANT ...)		
OCCUPANT 4		
Carte d’invalidité supérieur ou égale 80% ? <input type="checkbox"/> - Permanent <input type="checkbox"/> Date de fin ____/____/____	ACTIVITE	RESSOURCES
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Né(e) le : ____/____/____ RFR : _____ €	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Salaire
Nom : _____ Prénom : _____	<input type="checkbox"/> CDI	<input type="checkbox"/> Retraite
Nom de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Alloc chômage
A charge fiscalement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CDD , Stage, Intérim, Cont aidé	<input type="checkbox"/> Alloc familiales
Parent(e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Auto Ent., Artisan, Commerçant, Prof. liber.	<input type="checkbox"/> AAH
Conjoint(e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant droit de visite	<input type="checkbox"/> Auto Ent., Artisan, Commerçant, Prof. liber.	<input type="checkbox"/> AEEH
Autre parenté <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfant en garde alternée	<input type="checkbox"/> Chômeur(se)	<input type="checkbox"/> AJPP
A quitté le logement <input type="checkbox"/> depuis le ____/____/____	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	<input type="checkbox"/> RSA
	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> PAJE
	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> ASPA
		<input type="checkbox"/> Autre (APL/AL)

C. AUTRE OCCUPANT DU LOGEMENT
(CONCUBIN NON TITULAIRE, ENFANT, ASCENDANT ...)

OCCUPANT 5

Carte d'invalidité supérieur ou égale 80% ? ☐ - Permanent ☐ Date de fin ____/____/____

M. ☐ Mme ☐ Né(e) le : ____/____/____ RFR : _____ €

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

A charge fiscalement : oui ☐ non ☐

Parent(e) ☐ ☐ Enfant
Conjoint(e) ☐ ☐ Enfant droit de visite
Autre parenté ☐ ☐ Enfant en garde alternée

A quitté le logement ☐ depuis le ____/____/____

ACTIVITE

☐ Retraité(e)
☐ CDI
☐ Fonctionnaire
☐ CDD , Stage,
Intérim, Cont aidé
☐ Auto Ent., Artisan,
Commerçant, Prof.
liber.
☐ Chômeur(se)
☐ Etudiant(e)
☐ Sans emploi
☐ Autre :

RESSOURCES

☐ Salaire
☐ Retraite
☐ Alloc chômage
☐ Alloc familiales
☐ AAH
☐ AEEH
☐ AJPP
☐ RSA
☐ PAJE
☐ ASPA
☐ Autre (APL/AL)

C. AUTRE OCCUPANT DU LOGEMENT
(CONCUBIN NON TITULAIRE, ENFANT, ASCENDANT ...)

OCCUPANT 6

Carte d'invalidité supérieur ou égale 80% ? ☐ - Permanent ☐ Date de fin ____/____/____

M. ☐ Mme ☐ Né(e) le : ____/____/____ RFR : _____ €

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

A charge fiscalement : oui ☐ non ☐

Parent(e) ☐ ☐ Enfant
Conjoint(e) ☐ ☐ Enfant droit de visite
Autre parenté ☐ ☐ Enfant en garde alternée

A quitté le logement ☐ depuis le ____/____/____

ACTIVITE

☐ Retraité(e)
☐ CDI
☐ Fonctionnaire
☐ CDD , Stage,
Intérim, Cont aidé
☐ Auto Ent., Artisan,
Commerçant, Prof.
liber.
☐ Chômeur(se)
☐ Etudiant(e)
☐ Sans emploi
☐ Autre :

RESSOURCES

☐ Salaire
☐ Retraite
☐ Alloc chômage
☐ Alloc familiales
☐ AAH
☐ AEEH
☐ AJPP
☐ RSA
☐ PAJE
☐ ASPA
☐ Autre (APL/AL)

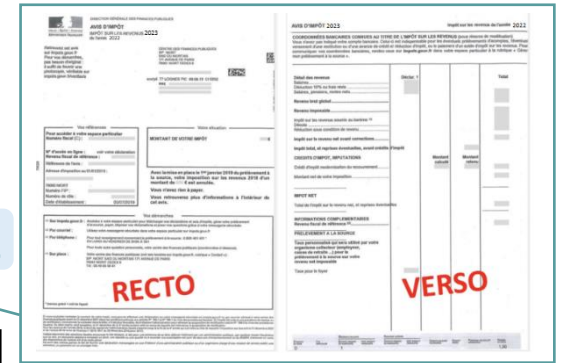
Je soussigné (e), certifie sur l'honneur l'exactitude de la présente déclaration et m'engage à communiquer tout changement concernant l'occupation de mon logement avant le 1^{er} décembre 2025.

Date : _____ Signature : _____

Document à retourner complété et signé,

accompagné des avis d'imposition

2025 sur les revenus 2024 de chaque occupant



N° Compte locataire : _____ / Immeuble : _____

A. LE LOCATAIRE

M. ☐ Mme ☐ Né(e) le : ____/____/____ RFR : _____ €

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

N° tel. : _____ N° port. : _____

E-mail : _____ @ _____

Célibataire / Concubin(e) / Marié(e) / Veuf(ve) / Divorcé(e) / Séparé(e)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A quitté le logement ☐ depuis le ____/____/____

Décès / Divorce / Séparation / Autre Carte d'invalidité supérieur ou égale 80% ☐

☐ ☐ ☐ ☐ Permanent ☐ Date de fin ____/____/____

ACTIVITE

☐ Retraité(e)
☐ CDI
☐ Fonctionnaire
☐ CDD , Stage,
Intérim, Cont aidé
☐ Auto Ent., Artisan,
Commerçant, Prof.
liber.
☐ Chômeur(se)
☐ Etudiant(e)
☐ Sans emploi
☐ Autre :

RESSOURCES

☐ Salaire
☐ Retraite
☐ Alloc chômage
☐ Alloc familiales
☐ AAH
☐ AEEH
☐ AJPP
☐ RSA
☐ PAJE
☐ ASPA
☐ Autre (APL/AL)

B. LE CONJOINT / CONCUBIN ou CO-LOCATAIRE

M. ☐ Mme ☐ Né(e) le : ____/____/____ RFR : _____ €

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

N° tel. : _____ N° port. : _____

E-mail : _____ @ _____

Célibataire / Concubin(e) / Marié(e) / Veuf(ve) / Divorcé(e) / Séparé(e)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A quitté le logement ☐ depuis le ____/____/____

Décès / Divorce / Séparation / Autre Carte d'invalidité supérieur ou égale 80% ☐

☐ ☐ ☐ ☐ Permanent ☐ Date de fin ____/____/____

ACTIVITE

☐ Retraité(e)
☐ CDI
☐ Fonctionnaire
☐ CDD , Stage,
Intérim, Cont aidé
☐ Auto Ent., Artisan,
Commerçant, Prof.
liber.
☐ Chômeur(se)
☐ Etudiant(e)
☐ Sans emploi
☐ Autre :

RESSOURCES

☐ Salaire
☐ Retraite
☐ Alloc chômage
☐ Alloc familiales
☐ AAH
☐ AEEH
☐ AJPP
☐ RSA
☐ PAJE
☐ ASPA
☐ Autre (APL/AL)