



DECLARATION TRIMESTRIELLE POUR BENEFICIER DE LA PENSION D'INVALIDITE

A adresser à la Caisse de Compensation dès le 1er jour du dernier mois des trimestres civils, soit les 1er mars, 1er juin, 1er septembre et 1er décembre

Numéro d'IMMATRICULATION à la C.C.S.S. :

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) :

Demeurant (adresse) :

Déclare sur l'honneur, qu'au cours du trimestre visé ci-dessous :

- je n'ai exercé aucune activité professionnelle,
- j'ai exercé une activité professionnelle
 - joindre à la présente les copies des trois derniers bulletins de salaire.
- j'ai perçu les Allocations Chômage (joindre justificatifs)
- j'ai été hospitalisé du au
 - joindre un bulletin de situation.
- je n'ai perçu aucune pension de retraite à titre direct,
- j'ai perçu une ou plusieurs pension(s) de retraite à titre direct versée(s) par les régimes ou organismes désignés ci-après.

INDIQUER LES MONTANTS MENSUELS ET JOINDRE LES JUSTIFICATIFS :

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| - C.A.R. /mois | - C.A.R.S.A.T. /mois |
| - C.A.R.T.I. /mois | - S.N.C.F. /mois |
| - C.A.M. /mois | - I.N.P.S. /mois |
| - C.H.P.G. /mois | - Complémentaire /mois |
| - S.M.E.G. /mois | - Autres /mois |
| - Des fonctionnaires /mois | |

et sollicite par la présente le paiement de ma pension d'invalidité pour le :

- 1er trimestre 20
- 2ème trimestre 20
- 3ème trimestre 20
- 4ème trimestre 20

(la demande ne peut concerner qu'un seul trimestre)

Fait à, le Signature de l'assuré(e)

ATTENTION

Lors de la reprise d'une activité salariée, la pension peut-être suspendue, en tout ou partie, en fonction du montant des salaires qui seront perçus. En cas d'exercice d'une activité professionnelle non salariée la pension d'invalidité est supprimée le trimestre suivant le début de celle-ci. Contactez notre service pour toute précision à ce sujet

GARANTIE DE RESSOURCES

Les invalides âgés de moins de 65 ans au cours du trimestre peuvent bénéficier d'un complément de pension lorsque le montant total de leurs ressources est inférieur au 2/3 du SMIC. Si vous êtes dans cette situation, veuillez préciser :

- Le montant global de vos ressources mensuelles
- Le montant des ressources relatives aux rubriques ci-dessous :
Pension de réversion :
- Indemnités journalières (maladie, accident du travail, maladie professionnelle) :
- Rente et majoration de rente (accident du travail, maladie professionnelle) :
- Pension d'invalidité autre que celle servie par la C.C.S.S :
- Allocation aux adultes handicapés :
- Allocation logement :
- Revenu(s) d'une activité indépendante :
- Autres ressources (indiquez la nature)

- Je sollicite par la présente l'étude de mes droits au paiement de la garantie de ressources prévue dans le cadre de ma pension d'invalidité
ou
- Je ne souhaite pas bénéficier de ce complément

Fait à, le Signature de l'assuré(e)