

## À envoyer :

par mail  
ou par courrier

soutien@associationdesassuresapril.fr

Association des Assurés APRIL- Fonds d'Actions Solidaires  
114 Boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03

## Pour tous

- La déclaration sur l'honneur recto/verso** : complétée, datée et signée
- Impôts sur le revenu** : photocopie de toutes les pages recto/verso du dernier avis d'imposition sur le revenu des personnes vivant au foyer

## Si concerné

- Impôts fonciers et taxe d'habitation** : la copie des derniers avis
- Dernière quittance de loyer**
- Dernière attestation de paiement de la CAF**, la copie mentionnant le montant des prestations perçues : Aide au logement, Allocation Adulte Handicapé, Allocations familiales par exemple.
- Si vos revenus actuels ont changé par rapport à ceux figurant sur votre dernier avis d'imposition** : nous adresser les justificatifs de vos revenus actuels
- Surendettement** : le tableau de surendettement émis par la Banque de France

## Frais

- Le devis détaillé des frais de santé**
- L'estimation des remboursements de la Complémentaire santé ou le refus de remboursement**

**Un dossier retourné complet est un dossier qui sera soumis  
d'autant plus rapidement à la Commission d'Actions Solidaires**

## Rappel des Plafonds de ressources (tous revenus perçus)

- personne seule 1900€
- couple 2800€
- ajouter par enfant à charge + 500€



# Situation de famille

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Pacsé(e)  Union libre  Veuf(ve)

# Composition du foyer

Nom et prénom des membres du foyer	Date de naissance	Profession actuelle ou exercée avant la retraite	

# Votre habitation

Vous êtes :  Locataire  Propriétaire, préciser les dates de début et fin du crédit immobilier : .....  Si vous êtes hébergé gratuitement, précisez par qui, ou à quel titre .....

C'est :  une maison  un appartement .....

Surface de l'habitation ..... m<sup>2</sup> Mensualité du crédit immobilier ou du loyer ..... €

# Crédits à la consommation éventuels (autres que le crédit immobilier)

Objet de l'emprunt	Date de début	Date de fin	Montant total	Mensualités	Organisme prêteur

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant sur les documents que j'ai transmis à l'Association des Assurés APRIL.

Fait à : .....

Nom Prénom : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature : .....



