



Nom du Service :

	POUR NOUS JOINDRE	Ž .					POUR VOUS JOINI	ORE
Votre cor	respondant :					Votre	numéro de téléphone :	
Tél :			DII	FICUI	LTES	Volic	numero de telepriorie .	
Fax : Mèl :			DE	PAIEN	IENT	Votre	adresse électronique (mél)	:
Horaires	d'ouverture :							
∟ Noi	m :			Prénom	:	_	Date de naissance :	
								Cadre réservé à l'administration
	Service auquel doit être retourné le questionnaire		Votre	adresse :	Ville :			
IND	IQUEZ L'IMPÔT	CONCE	RNÉ —					
ļ .		des Finance	s Publiques :			N	° fiscal :	
i	Impôt sur le revenu	·	ce de l'avis :					
i	Jul 16 1 EVENU	J'ai déjà	i opté pour :					
	Taxe d'habitation et/ou contribution à l'audiovisuel public	Référend	tre des FP : ce de l'avis : à opté pour :			Nʻ	° fiscal :	
		Cen	tre des FP :			N'	° fiscal :	
!	Taxe foncière	Référen	ce de l'avis :					
ļ		J'ai déjá	à opté pour :					
NOA	AS ET ADRESSES Débiteur :	DES E	MPLOYEURS		ISMES PRES	TAT/	Pensions, ASSEDIC,	
	FIVATION DE VO Indiquez les motifs de (naissance, licenciemen	vos diffic	ultés et les ch	angements inte	rvenus depuis le d			

4 INFORMATION NÉCÉSSAIRES À L'EXAMEN DE VOTRE DEMANDE

Cadre réservé à l'administration

## Personnes vivant habituellement sous votre toit :

Nom et prénom	Lien Époux, concubins, ascendants, enfants, autres	Age	Profession
---------------	--	-----	------------

## Personnes vivant habituellement sous votre

Ressources actuelles	Vous-même	Votre conjoint ou concubin	Enfants	Autres (parents, etc.)
Salaires :				
Allocations chômage :				
Indemnités de maladie :				
Pensions :				
Retraites et Rentes :				
Autres revenus :				
TOTAL (1) :				

## Ressources actuelles des Personnes vivant sous votre toit (même non imposables)

Ressources actuelles	Vous-même	Votre conjoint ou concubin	Enfants	Autres (parents, etc.)
Allocations familiales :				
RSA:				
Allocation logement :				
APL :				
Autres prestations :				
Autres revenus :				
TOTAL (2) :				
	•			

TOTAL (1) + (2) :

Cadre réservé à l'administration

	AR	CE	-
CH	AK	GE	

Charges de loge	Montant mensuel	
Loyer restant à votre charge		
A 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Électricité	
Autres charges de logement sauf les emprunts qui doivent être mentionnés	Téléphone	
dans le cadre « Autres charges » ci-dessous	ous <b>Assurances</b>	
	Autres dépenses	
	TOTAL :	

Autus shansa	Valeur du bien et		Emprunts		
Autres charges	date d'acquisition	Montant à rembourser	Date de la fin des emprunts	Somme à payer par mois	
Logement :					
Véhicule(s) <sup>1</sup> :					
Autres crédits et dettes :					
			TOTAL :		
1, Préciser : Marque / d	lénomination commerciale / P	uissance / Date de 1 <sup>ère</sup>	<sup>2</sup> immatriculation		

4			
0	<b>AUTRES</b>	RENSEIGNEMENTS	

1. Avez-vous toujours réglé vos im	positions avant lo	a date limite de paiement ?	oui	non
2. Avez-vous déjà obtenu des déla	is de paiement ?	oui non		
Si « Oui », l'année dernière	l'année d'avant	- Les avez-vous respectés ?	oui	non
3. Délais de paiement demandés :	Montant dû :	Nombre d'échéar	nces men	suelles :
4. Etes-vous en situation de suren Si « Oui », Date de la décision		ui non		

MODE DE PAIEMENT Cadre réservé à Optez pour le mode de paiement de votre choix en cochant la case appropriée Prélèvement mensuel sur votre compte Remplissez et signez le mandat SEPA figurant bancaire ou de caisse d'épargne en page suivante. Renvoyez-le à l'appui du dossier en joignant Précisez le jour du mois souhaité qui a un relevé d'identité bancaire ou postal. votre préférence pour le prélèvement : Chèque ou numéraire Je certifie l'exactitude des informations portées sur ce document. J'ai été informé que les informations recueillies feront l'objet d'une vérification et qu'en cas de déclaration erronée, la remise, l'octroi de délai et/ou la remise de majoration pourront être annulés. Le:

SIGNATURE



## **M**ANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Pour nou	s joindre / Références		
Tél :			
Fax :			
Mél:			
Votre identifiant : Référence de l'avis :			
Rôle :			
N° du contrat :			
N° de RUM :			
Affaire traitée par :			
Objet : Délais ac	cordés pour le paiement de	•	
	at doit être <b>complété, daté et si</b> des finances publiques indiq	gné par le TITULAIRE DU COMPT ué ci-dessus.	E à DÉBITER puis adressé
Créancier : DGFiP	Identifiant cré	ancier SEPA : FR46ZZZ00500	02
banque à débiter votre cor Vous bénéficiez du droit d' Une demande de rembou autorisé.	mpte conformément aux instructions d 'être remboursé par votre banque sele rsement doit être présentée dans les	envoyer des instructions à votre banque po le la DGFiP. on les conditions décrites dans la convention s 8 semaines suivant la date de débit de ons un document que vous pouvez obtenir a	on que vous avez passée avec elle. votre compte pour un prélèvement
DÉSIGNATION DU TI	ITULAIRE DU COMPTE À DÉB	ITER	
Nom / prénoms :			
N° et nom de la rue :			
Bât. ; Rés., lieu-dit (etc.)	:		
Code postal:	Ville:		
Pays :			
DÉSIGNATION DU C	OMPTE À DÉBITER :		
Numéro d'id	dentification internationale du co	ompte bancaire (IBAN)	Identification internationale de la banque (BIC)
Signé à :			
Le:	Signature du titula	aire du compte à débiter :	

