

		Nombre de trimestres validés		FSV ou ASPA	
		Droit propre	Droit reversion		
MSA	<input type="checkbox"/> Exploitant			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Salarié			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
CARSAT				oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres :					

5 - Ressources			
Montant figurant sur Avis d'imposition N-2 Photocopie à joindre obligatoirement	Montant perçu par Mr	Montant perçu par Mme	Colonne réservée à la MSA
Pensions, retraites, rentes			
Pensions alimentaires			
Revenus de capitaux mobiliers déclarés			
Revenus soumis à prélèvement libératoire			
Revenus fonciers liés aux biens immobiliers *(si revenus terres/vignes : complétez le cadre "biens fonciers")			
Rentes viagères à titre onéreux			
Autres :			
Total			

SI VOS REVENUS ONT EVOLUE DEPUIS LA DATE DE VOTRE DERNIER AVIS D'IMPOSITION (séparation, veuvage, modification importante des ressources...) complétez le tableau ci-dessous en indiquant le dernier montant mensuel perçu Attention aux revenus trimestriels, les chiffres à reporter ci-dessous doivent être MENSUELS			
Pensions, retraites, rentes			
Pensions alimentaires			
Traitements, salaires ou revenus d'activité			
Allocations de préretraite ou de chômage			
Rentes viagères à titre onéreux			
Revenus des valeurs et capitaux mobiliers			
Revenus fonciers			
Autres revenus, précisez :			
.....			
.....			

Biens Fonciers* (application par la MSA d'un forfait / Ha)	
■ Biens en location <input type="checkbox"/> Usufruit <input type="checkbox"/> Pleine propriété	
Superficie :	Terres
.....	Vignes
■ Biens ayant fait l'objet d'une donation - À quelle date : - Superficie Terres : Vignes :	
De quelle nature :	Quel en est le bénéficiaire (lien de parenté)
Si réserve d'usufruit, Indiquer le montant annuel	

6 - Votre demande est-elle liée à une modification récente de votre situation ?

oui non

7 - Etes-vous concerné(e) par l'une ou plusieurs des situations décrites ci-dessous ?

- Vous avez plus de 81 ans
- Vous vivez seul(e)
- Vous avez un ou des problèmes de santé (si oui, préciser) :
 - Vous venez d'être hospitalisé(e)
 - Vous avez une maladie aiguë ou une pathologie chronique
 - Vous avez été victime d'un accident ou d'une chute pouvant avoir un impact sur la vie quotidienne
 - Vous êtes en situation de handicap (mental ou physique)
 - Vous souffrez d'une déficience auditive, visuelle, cognitive (désorientation)
 - Vous ressentez une fragilité psychologique (démotivation, détresse psychologie, repli sur soi...)
 - Vous êtes en situation d'addiction
- Vous êtes en situation d'aidant de votre conjoint ou d'une autre personne dépendante ou handicapée vivant au sein du foyer
- Votre conjoint, votre aidant ou un de vos proches est décédé
- Votre conjoint a été hospitalisé, est malade, ou est entré en établissement
- Votre aidant est indisponible (car il a des problèmes de santé, a été hospitalisé ou est en congés)
- Vous avez déménagé ou votre aidant a déménagé
- Vous êtes isolé(e) socialement et/ou familialement (vous avez peu de visites de votre famille ou entourage)
- Vous êtes isolé(e) géographiquement

8 - Votre situation au regard des aides légales ?

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- ▶ L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ? oui non
- ▶ La prestation spécifique dépendance (PSD) ? oui non
- ▶ L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ? oui non
- ▶ La prestation de compensation du handicap (PCH) ? oui non
- ▶ La majoration pour Tierce personne (MTP) ? oui non

Si OUI, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide : ____/____/____

- Si NON, précisez si pour ces aides :
- Vous n'avez pas déposé de demande
 - Votre demande a été rejetée
 - Votre demande est en cours d'instruction
 - Vous en avez refusé l'attribution