

A remettre aux environs du : _____

Ne pas oublier les relevés bancaires ou postaux du mois précédent

Mois :	Année :	GD :
---------------------	----------------------	-------------------

Nom du requérant :

Nom du conjoint :

Prénom du requérant :

Prénom du conjoint :

Rue, n° :

Code postal/Lieu :

Nombre de personnes dans le ménage :

N° téléphone :

Au cours du mois PRECEDENT :	Oui	Non	Avez-vous transmis le(s) justificatif(s) ?
Avez-vous eu des revenus ou autres entrées d'argent (ex : prêts, héritage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous travaillé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, quelle période :	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ouvert de nouveaux comptes bancaires ou postaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, le(s)quel(s) :	<input type="checkbox"/>
Avez-vous acheté ou vendu un véhicule, des bijoux ou acquis un bien immobilier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, le(s)quel(s) : Pour quel(s) montant(s) :	<input type="checkbox"/>
Etes-vous entré en possession d'une assurance-vie, d'un 3 ^{ème} pilier, d'actions, obligations ou tout autre élément de fortune ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, le(s)quel(s) : Pour quel(s) montant(s) :	<input type="checkbox"/>
La composition du ménage a-t-elle changé (ex : naissance, co-locataire,etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle :	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous absenté (ex : vacances) ou avez-vous l'intention de vous absenter le mois prochain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, pour combien de temps :	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déposé une demande d'aide ou de prestations sociales (ex : AI, AVS, PC, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle :	<input type="checkbox"/>
Avez-vous connu l'événement suivant : accident, décès (ex-) conjoint, parents, également hors ménage) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, lequel :	<input type="checkbox"/>
Avez-vous débuté une formation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle :	<input type="checkbox"/>
Avez-vous connu d'autres événements pouvant impacter votre droit au RI (ex : décision sur permis de séjour, baisse de loyer) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, lequel :	<input type="checkbox"/>

Mes (nos) revenus pour CE MOIS sont les suivants

<i>Joindre justificatifs de tous les revenus perçus depuis la signature du questionnaire mensuel précédent</i>	Madame	Monsieur	Enfant(s)
Salaire(s) (y.c. gratifications, 13 ^{ème} salaire, apprentissage, stage...)	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Revenus(s) provenant d'une activité indépendante	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Gains accessoires (travail à domicile, ménage, etc.)	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Indemnités perte de gain / APG	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Allocations familiales ou de formation / Ass. Maternité/ PC Familles	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Indemnités chômage	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Pension alimentaire payée par un tiers/ avance sur pension alimentaire	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Contribution entretien des parents	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Rente AVS/AI/PC/AA/LPP, rentes étrangères, rente-pont	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Revenus sur biens immobiliers en attente de réalisation	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Autre(s) revenu(s) :	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
(Préciser : héritages, loteries, dons, prêts, ristournes de chauffage, etc.)			
Total :	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____

Je certifie (nous certifions) que tous mes (nos) revenus figurent sur ce document et que ma (notre) fortune ne dépasse pas les limites applicables à mon ménage (personne seule Fr. 4'000.- ; couple Fr. 8'000.- ; ces limites sont en outre augmentées de Fr. 2'000 par enfant mineur à charge mais ne peuvent dépasser Fr. 10'000.- par ménage. Pour les ménages dont l'un des membres a atteint 57 ans, la limite de fortune admise est dans tous les cas de Fr. 10'000.-). Toute modification éventuelle de la composition de mon (notre) ménage ainsi que tout événement pouvant modifier le droit ou le montant du RI ou donner droit à d'autres prestations sont annoncés sur le présent document.

Pour pouvoir bénéficier des prestations du mois concerné, ce questionnaire doit être transmis au plus tard le 20 du mois suivant. A défaut de remettre ce document dans le délai imparti, le(s) requérant(s) est réputé renoncer au RI.

Chaque membre du ménage doit déclarer sans délai tout fait nouveau de nature à modifier le montant des prestations allouées ou à justifier leur suppression (art. 38 al.1er LASV et 29 al. 1er RLASV). L'autorité d'application peut réduire, voire supprimer le RI lorsque le bénéficiaire dissimule l'exercice d'activités lucratives ou ne signale pas des éléments de revenus ou de fortune susceptibles de modifier les prestations allouées (art. 42 et 45 al. 1er RLASV). Elle peut en outre statuer sur le remboursement des prestations indus (art. 41 LASV).

Celui qui aura trompé l'autorité d'application par des déclarations inexactes, aura omis de lui fournir les informations indispensables ou ne lui aura pas fourni les informations par elle requises, est passible de sanctions pénales pouvant aller jusqu'à une peine privative de liberté de dix ans (art. 146 du Code pénal).

Signature du requérant :	Signature du conjoint :
Lieu et date :		

Toute demande de remboursement de facture payée par le bénéficiaire doit être faite avec la déclaration de revenu mensuelle correspondante mais au plus tard le 20 du mois suivant pour lequel le RI est requis. (Sauf cas particuliers)

A REMPLIR PAR LE CSR BROYE-VULLY

Composition familiale

<input type="checkbox"/> Aucune modification (par rapport au mois précédent)	<i>Si modification, nouvelle décision RI</i>	
	A charge	Non à charge
Adultes	_____	_____
Enfants 0-16 ans	_____	_____
Enfants + de 16 ans	_____	_____
<input type="checkbox"/> Prorata	Nombre de jours : _____ / _____	Fr. _____

Revenus

<input type="checkbox"/> Aucun revenu	<input type="checkbox"/> Revenus	_____
<input type="checkbox"/> Allocation entretien OCBE versée par CSR		Fr. _____

Logement

A payer :	<input type="checkbox"/> au bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Gratuit	<i>Si modification, nouvelle décision RI</i>
	<input type="checkbox"/> À tiers	<input type="checkbox"/> Augmentation	
	<input type="checkbox"/> Hôtel (sur facture)	<input type="checkbox"/> Baisse	

Commentaires : _____

Frais particuliers

<input type="checkbox"/> Aucun frais particuliers				
<input type="checkbox"/> Frais de droit de visite	<input type="radio"/> Fr. 145.-	<input type="radio"/> Fr. 210.-	<input type="checkbox"/> Frais de régime	Fr. _____
<input type="checkbox"/> Frais de repas	<input type="radio"/> Fr. 217.-	X _____ % = Fr. _____	<input type="checkbox"/> Frais particuliers OCBE	Fr. _____
	<input type="radio"/> _____ jours X 10.-	= Fr. _____	<input type="checkbox"/> Allocation entretien OCBE	Fr. _____
<input type="checkbox"/> Frais de transport public	Fr. _____		<input type="checkbox"/> Autre	Fr. _____

Paiement	Commentaires
<input type="checkbox"/> Aucune modification (par rapport au mois précédent)	
<input type="checkbox"/> Chèque Fr. _____	
<input type="checkbox"/> Paiement échelonné _____ X par mois	
Dates des paiements échelonnés : _____	
<input type="checkbox"/> Changement de compte (selon justif. annexé)	
Compte : _____	Date et Visa du GD :