



Déclaration mensuelle de revenus

Cochez / entourez le mois et l'année correspondant

Budget : mois de	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Année	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031

1. Données personnelles

Nom	
Prénom	
N° téléphone / portable	
Assistant(e) social(e)	
Assistant(e) administratif(ve)	

2. Informations sur la situation personnelle / familiale

Répondez aux questions suivantes : Oui Non
 Votre situation s'est-elle modifiée par rapport au mois précédent ?

Si une modification est survenue, répondez aux questions suivantes :

Le nombre de personnes présentes dans votre ménage a-t-il changé ?

Remarque (s):

Un membre de votre ménage a-t-il séjourné à l'étranger ou planifié de le faire ?

Remarque (s):

Un membre de votre ménage a-t-il suivi une mesure d'insertion socio-professionnelle (Cours de langue, stage pratique, ...) ?

Remarque (s):

S'il s'agit d'un autre changement, veuillez l'indiquer ci-dessous :

Remarque (s):

3. Revenus en CHF (joindre les justificatifs)

Avez-vous perçu des revenus depuis votre dernière demande ? Oui Non
 Si oui, merci de les indiquer dans le tableau ci-dessous

	Monsieur	Madame	Enfant(s)
Salaire(s) mensuel(s) net(s) (y.c apprentissage, stage,...)			
Revenu(s) mensuel(s) provenant d'une activité indépendante			
Assurances sociales, rentes et indemnités journalières : AVS / AI / AC/ AA / LPP / APG			
Autres prestations : indemnités perte de gain maladie et PC			
Pensions alimentaires			
Gains accessoires mensuels (travail à domicile, ménage,...)			
Revenus sur biens immobiliers / sous-location			
Allocations familiales ou de formation			
Contribution entretien des parents / famille			
Autre(s) (bourse, prêt d'honneur, héritage, loteries, dons,...)			

4. Frais circonstanciels :

Droit de visite (cochez le(s) jour(s) concerné(s)):

Mois concerné :

Enfant :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Mois concerné :

Enfant :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Frais de repas (cochez le(s) jour(s) concerné(s)):

Mois concerné :

Personne concernée :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Mois concerné :

Personne concernée :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

5. Justificatifs

Les justificatifs suivants sont à joindre avec cette déclaration :

- Votre (vos) dernier (s) relevé (s) bancaire (s) et/ou postal (-aux)
- Le justificatif du paiement de votre loyer (si le loyer est payé par vos soins)
- Les coordonnées de votre (vos) nouveau (x) compte (s) bancaire (s)
- Justificatifs relatifs aux trajets professionnels/scolaires/médicaux, aux frais médicaux et aux frais de garde
- Certificat médical de chaque membre du ménage en incapacité de travail

6. Signatures

Par ma (notre) signature, je certifie (nous certifions) que tous les revenus de l'unité d'assistance figurent sur ce document et qu'aucun changement de fortune n'est intervenu. Toute modification éventuelle de la composition de mon (notre) ménage est annoncée sur le présent document. Je m'engage (nous nous engageons) également à signaler immédiatement tout changement susceptible de modifier cette déclaration depuis la date de la signature et jusqu'à la fin du mois en cours.

Ce document signé et dûment rempli, accompagné des justificatifs indiqués à la rubrique 5, doit être déposé à l'adresse du service social jusqu'au 31 du mois précédent la demande d'aide sociale, sans quoi le versement des prestations d'aide sociale n'est pas garanti, le droit à l'aide sociale ne pouvant pas être établi.

Lieu et date :

Signature du requérant :

Signature du conjoint(e)/concubin(e) :

A remplir par le centre médico-social

Reçu le	
Payé le	
Signature	