



**VENDÉE**  
LE DÉPARTEMENT

**Pôle Solidarités et Famille**  
**Direction de l'Autonomie des Personnes Âgées**  
**et des Personnes Handicapées**  
Service Départemental de l'Autonomie  
40 rue du Maréchal Foch  
85923 La Roche sur Yon cedex 9  
Tél. 02 28 85 88 32

## DÉCLARATION DE RESSOURCES

Je soussigné(e)

Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille .....

Né(e) le ..... à .....

N° allocataire (CAF ou MSA) .....

déclare bénéficiaire des ressources suivantes :

Nature (1)	Montant et périodicité	Organisme payeur (nom et adresse)	Numéro de pension
Retraites			
Allocation logement			
Rente viagère			
Revenus immobilières (ex. : loyer, fermages...)			
Pension alimentaire			
Revenus de capitaux			
- actions			
- obligations			
- épargne			
Autres ressources			

(1) Rayer les mentions inutiles

Fait à ..... le .....

Le bénéficiaire de l'aide sociale ou son représentant légal

### VISA DU COMPTABLE

### VISA DU DIRECTEUR

### INFORMATION IMPORTANTE

Le déclarant est informé que toute omission est assimilable à une fausse déclaration laquelle est passible des peines prévues à l'article 313-1 à 3 du Code Pénal.