

Ce document est le reflet de votre déclaration en ligne – vous ne devez pas l'envoyer à votre caisse par courrier.

Invalidité – Déclaration de situation et de ressources

Référence de la pension d'invalidité : 2780992051082-80-DP-001

Période du 01/04/2024 au 30/09/2024

Assuré social : **MADAME SCHNELL AURELIE**

N° de sécurité social : **2 78 09 92 051 082**

Adresse du Service invalidité : **Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France
17-19 Avenue de Flandre**

75954 PARIS cedex 19

Renseignements personnels

Situation familiale : **CELIBATAIRE**

Votre situation familiale a-t-elle changé : non

Nouvelle situation :

Date de changement :

Avez-vous séjourné à l'étranger : non

De

à

Avez-vous été hospitalisé : non

Demande de pension retraite : non

Date de départ à la retraite :

Type de retraite :

Ressources

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié (sur la période) du versement d'indemnités journalières par votre caisse d'Assurance Maladie : **non**

Situation professionnelle :

Activité salariée ou maintien de salaire : **oui**

Reprise le : 01/04/2024	Cessation le : 30/09/2024
Du 01/04/2024 au 30/04/2024	montant : 2789,72
Du 01/05/2024 au 31/05/2024	montant : 3327,88
Du 01/06/2024 au 30/06/2024	montant : 4121,87
Du 01/07/2024 au 31/07/2024	montant : 3405,36
Du 01/08/2024 au 31/08/2024	montant : 3405,36
Du 01/09/2024 au 30/09/2024	montant : 3405,36

Activité commerciale, libérale, artisanale : **non**

Allocation chômage : **non**

Nature de l'allocation :

Autre : **non**

Précisez la situation : **Organisme payeur :**

Prestations		
Pension militaire d'invalidité	non	
Pension d'un régime spécial	non	
Pension du régime agricole	non	
Rente accident du travail	non	
Autre :	non	

Allocation supplémentaire invalidité

Types d'allocations	Oui / non	Assuré(e)	Conjoint(e), concubin(e) ...
Pensions, rentes et retraite	non		
Allocation adulte handicapé / RSA	non		
Salaires, gains, indemnités journalières	non		
Allocations chômages	non		
Autres (Complémentaires...)	non		
Valeurs des biens mobiliers / immobiliers, placements ...	non		
Donations sur la période	non		

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je m'engage à faire connaître à ma caisse tous les changements pouvant les modifier, et à fournir toute pièce justificative sur demande.

Date signature : **le 17/10/2024**

Informations administratives sur la pension

P **SEMESTRIEL** Cat **01** STMC AI ☐

AS ☒ ANS ☐ RP ☐ AA ☐

FSI/ASI – Etat **NON** SM ☐