Document 2 bis

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Nom du service :

POUR NOUS JOINDRE		POUR VOUS JOINDRE
Votre correspondant : Tél : Fax : Mèl : Horaires d'ouverture : *Avec ou sans rendez -vous*	**DIFFICULTES DE PAIEMENT**	Votre numéro de téléphone : Votre adresse électronique (mél):

Nom : _____ **Prénoms :** _____ **Date de naissance**

Cadre réservé à l'administration

Service auquel doit être retourné le questionnaire

Votre adresse :

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... *Ville :* .....

☐ **GAIA guichet**

INDIQUEZ L'IMPÔT CONCERNÉ

1

☐ **Impôt sur le revenu**
Centre des finances publiques : ..... **N° fiscal :** .....
Références de l'avis : .....
J'ai déjà opté pour : ☐ **La mensualisation** ☐ **Le prélèvement à l'échéance**

☐ **REC**

☐ **Taxe d'habitation et/ou contribution à L'audiovisuel public**
Centre des finances publiques : ..... **N° fiscal :** .....
Références de l'avis : .....
J'ai déjà opté pour : ☐ **La mensualisation** ☐ **Le prélèvement à l'échéance**

☐ **REC**

☐ **Taxe foncière**
Centre des finances publiques : ..... **N° fiscal :** .....
Références de l'avis : .....
J'ai déjà opté pour : ☐ **La mensualisation** ☐ **Le prélèvement à l'échéance**

☐ **REC**

2

NOMS ET ADRESSES DES EMPLOYEURS ou ORGANISMES PRESTATAIRES *Pensions, ASSEDIC, …*

Débiteur : .....

.....

.....

Co-Débiteur : .....

.....

.....

3

MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE ou CHANGEMENTS DANS VOTRE SITUATION

Indiquez les motifs de vos difficultés et les changements intervenus depuis le début de l'année (naissance, licenciement, séparation, décès, divorce, accident, autre, etc.)

.....

.....

.....

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Cadre réservé à l'administration

4

INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'EXAMEN DE VOTRE DEMANDE

Personnes vivant habituellement sous votre toit :

Nom et prénom	*Lien*	*Age*	*Profession*
	Époux, concubins, ascendants, enfants, autres		

Ressources actuelles des personnes vivant sous votre toit *(même non imposables)* **:**

Ressources actuelles	Vous-même	Votre conjoint ou concubin	Enfants	Autres (parents, etc.)
Salaires(1)				
Allocations chômage(1)				
Indemnités de maladie(1)				
Pensions(1)				
Retraites et Rentes(1)				
Autres revenus(1)				
TOTAL (1)				

(1) Joignez les justificatifs des trois derniers mois (bulletins de salaire, notification des droits de votre organisme payeur, copie du bail commercial ou d'habitation…)

Prestations sociales	Vous-même	Votre conjoint ou concubin	Enfants	Autres *(parents, etc.)*
AAllocations familiales(2)				
RSA				
Allocation logement(2)				
A P L(2)				
Autres prestations(2)				
TOTAL (2)				

(2) Joignez les notifications des droits et des paiements transmis

TOTAL (1) + (2)				

Notification ☐

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Cadre réservé à l'administration

5 CHARGES

Charges de logement		Montant mensuel
Loyer restant à votre charge *(APL déduite)*		
Autres charges de logement *sauf les emprunts qui doivent être mentionnés dans le cadre « Autres charges » ci-dessous*	Électricité	
	Téléphone	
	Assurances	
	Autres dépenses	
	TOTAL	

Autres charges	Valeur du bien et date d'acquisition	Emprunts		
		Montant à rembourser	Date de la fin des emprunts	Somme à payer par mois
Logement				
Véhicule(s) [1]				
Autres crédits et dettes *Précisez :*				
Joignez les dernières factures et les tableaux d'amortissement			TOTAL	

[1] Préciser : Marque : ..... Puissance : ..... Date de 1ère immatriculation : .....

6 AUTRES RENSEIGNEMENTS

1. **Avez-vous toujours réglé vos impositions avant la date limite de paiement ?**

   ❑ Non ❑ Oui

2. **Avez-vous déjà obtenu des délais de paiement ?**

   ❑ Non ❑ Oui *Les avez-vous respectés ?* ❑ Non ❑ Oui

   Si « Oui », à quelle date ? ❑ l'année dernière ❑ l'année d'avant

3. **Délais de paiement demandés :**

   Montant dû : ..... *Nombre d'échéances mensuelles :* .....

4. **Etes vous en situation de surendettement** ❑ Non ❑ Oui

   Si « Oui », date de la décision : .....

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Cadre réservé à l'administration

7

PATRIMOINE ACTUEL

A – Immeuble (Terrains nus ou bâtiments)

	Date d'acquisition (achat, héritage, construction….)	Superficie de la maison ou de l'appartement (en m^2)
Résidence principale		
Résidence secondaire		
Autre immeuble bâti		
Terrains		

B – Comptes d'Epargne

	Dernier solde
Livret(s) de développement durable	
Livret(s) d'épargne populaire	
Livret(s) A	
Assurance(s)-vie	
Autres placements	

C – Véhicules et assimilés

	Date d'acquisition ou de prise en location	Date de 1ère mise en circulation	Marque et modèle (1)
Automobile 1			
Automobile 2			
Moto			
Autre véhicule			

(1) Exemple : Renault Clio, Peugeot 206, Fiat Panda

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MODE DE PAIEMENT

8

Optez pour le mode de paiement de votre choix en cochant la case appropriée

☐ **Prélèvement mensuel sur votre compte bancaire ou de caisse d'épargne**

Précisez le jour du mois souhaité qui a votre préférence pour le prélèvement : ☐☐

Remplissez et signez le mandat SEPA figurant en page suivante.
Renvoyez-le à l'appui du dossier en joignant un relevé d'identité bancaire ou postal.

☐ **Chèque ou numéraire**

Cadre réservé à l'administration

☐ RECD
RECDRECD

☐ RIB

Je certifie l'exactitude des informations portées sur ce document.

J'ai été informé que les informations recueillies feront l'objet d'une vérification et qu'en cas de déclaration erronée, la remise, l'octroi de délai et/ou la remise de majoration pourront être annulés.

A ----------

Le : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

SIGNATURE

SIGNATURE DE L'AGENT D'ACCUEIL

Liberté • Égalité • Fraternité

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Pour nous joindre / Références
Tél
Fax
Mél :
Votre identifiant :
Référence de l'avis :
Rôle
N° du contrat :
N° de RUM :

Affaire traitée par :

Objet : Délais accordés pour le paiement de

Ce formulaire de mandat doit être **complété, daté et signé par le TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER puis adressé uniquement au centre des finances publiques indiqué ci-dessus.**

CRÉANCIER : DGFiP Identifiant créancier SEPA : FR46ZZZ005002

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la DGFiP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la DGFiP.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
NB : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom / prénoms : … … … … … … …… … … … … … … … … …… …

N° et nom de la rue : … ..

Bât. ; Rés., lieu-dit (etc.) : … … … … … … … … … … … … … … … … … … …