

A1	Nom de la personne qui a droit aux indemnités : _____ NISS (numéro d'identification de sécurité sociale – numéro dans le coin supérieur gauche, au verso de la carte d'identité) : _____		
A2	Je cohabite avec mon conjoint ou partenaire	☐ OUI ☐ NON	Si oui, faites compléter par votre conjoint ou partenaire, le Volet B de ce formulaire et allez au point A14, lisez et signez le document Si non, allez au point A3
A3	Je cohabite avec un ou plusieurs enfant(s) ou j'éduque cet(ces) enfant(s) sous le régime de la garde alternée	☐ OUI ☐ NON	Si oui, allez au point A4 Si non, allez au point A8
A4	Cet enfant ou au moins un de ces enfant(s) avec le(s)quel(s) je cohabite est âgé de moins de 15 ans	☐ OUI ☐ NON	Si oui, allez au point A11 Si non, allez au point A5
A5	Cet enfant ou au moins un de ces enfant(s) avec le(s)quel(s) je cohabite est fiscalement à ma charge	☐ OUI ☐ NON	Si oui, joignez une copie de votre avertissement extrait de rôle afin de prouver qu'au moins un enfant est fiscalement à votre charge et allez au point A11 Si non, allez au point A6

A6	Cet enfant ou au moins un de ces enfant(s) avec le(s)quel(s) je cohabite perçois(ven)t un revenu	☐ OUI ☐ NON	Si oui, allez au point A7 Si non, faites compléter par le ou les enfant(s) ou son tuteur légal, le volet B de ce formulaire et allez au point A11
A7	Cet enfant ou au moins un de ces enfant(s) perçoit un revenu mensuel brut inférieur à 1.531,93 EUR	☐ OUI ☐ NON	Si oui, faites compléter le volet B de ce formulaire par tous les enfants (ou tuteur légal) qui bénéficient d'un revenu inférieur à 1.531,93 EUR, et allez au point A8 Si non, allez au point A8 (si tous les enfants bénéficient de revenus dont le montant brut est supérieur ou égal à 1.531,93 EUR)
A8	Je cohabite avec un ou des parent(s) ou allié(s) jusqu'au 3 ^{ème} degré	☐ OUI ☐ NON	Si oui, allez au point A9 Si non, allez au point A11
A9	Ce parent ou allié ou un de ces parent(s) ou allié(s) jusqu'au 3 ^{ème} degré avec le(s)quel(s) je cohabite perçois(ven)t un revenu	☐ OUI ☐ NON	Si oui, allez au point A10 Si non, faites compléter par le ou les parent(s) ou allié(s), le volet B de ce formulaire et allez au point A11
A10	Ce parent ou allié ou au moins un de ces parent(s) ou allié(s) jusqu'au 3 ^{ème} degré perçoit un revenu mensuel brut inférieur à 1.531,93 EUR	☐ OUI ☐ NON	Si oui, faites compléter le volet B de ce formulaire par tous les parents ou alliés jusqu'au 3^{ème} degré qui bénéficient d'un revenu inférieur à 1.531,93 EUR et allez au point A11 Si non, allez au point A11, (si tous les parents ou alliés jusqu'au troisième degré bénéficient de revenus dont le montant brut est supérieur ou égal à 1.531,93 EUR)

A11	Je cohabite également ou exclusivement avec une ou plusieurs personne(s) qui n'est ou ne sont pas parente(s) ou alliée(s) jusqu'au 3 ^{ème} degré	☐ OUI ☐ NON	Si oui, allez au point A12 Si non, allez au point A14, lisez et signez le document
A12	Cette personne ou une de ces personne(s) qui n'est ou ne sont pas parente(s) ou alliée(s) jusqu'au 3 ^{ème} degré perçoit(ven)t un revenu	☐ OUI ☐ NON	Si oui, allez au point A13 Si non, faites compléter par chacune de ces personnes le volet B de ce formulaire et allez au point A14, lisez et signez le document
A13	Cette personne ou ces personne(s) avec l(a)esquelle(s) je cohabite, qui n'est ou ne sont pas parente(s) ou alliée(s) jusqu'au 3 ^{ème} degré, perçoit(ven)t un revenu mensuel brut inférieur à 1.531,93 EUR	☐ OUI ☐ NON	Si oui, faites compléter par chacune de ces personnes le volet B de ce formulaire et allez au point A14, lisez et signez le document Si non, allez au point A14, lisez et signez le document
A14	Je m'engage à donner immédiatement connaissance à ma mutualité de toute modification pouvant intervenir dans la composition de mon ménage ou dans les revenus des personnes avec lesquelles je cohabite. Je donne à ma mutualité et aux services de contrôle de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité l'autorisation de vérifier cette déclaration auprès de l'Administration des Contributions Directes. Conscient du fait qu'une déclaration fausse, inexacte ou incomplète peut donner lieu à une sanction pénale conformément à l'article 233 du Code pénal social ou à une sanction administrative, j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète. Date..... Signature..... Envoyez directement le volet A à votre mutualité avec les documents de preuve requis. Si un volet B a été complété par la ou les personne(s) qui cohabite(nt) avec vous, n'oubliez pas de signer également ce volet B et d'envoyer ensemble les formulaires A et B à votre mutualité.		