VOS RESSOURCES

INDIQUER CI-DESSOUS VOTRE SITUATION DEPUIS LA DATE DE LA RECONNAISSANCE DE L'INAPTITUDE A LA CONDUITE PAR LA MEDECINE DU TRAVAIL OU LA COMMISSION PREFECTORALE DU PERMIS DE CONDUIRE

TRES IMPORTANT Indiquer toutes vos ressources. Ces éléments nous sont indispensables pour calculer le montant de votre allocation. Il est donc impératif de nous signaler tout changement de ressources intervenant après l'établissement de ce document pour que le montant de votre allocation soit revu.

Indiquer par une croix la ou les ressources perçues durant la période ⇩	*Pièces justificatives des ressources (à joindre à la déclaration)*
☐ Sans ressource du __/__/____ au __/__/____	
☐ Indemnités journalières de la Sécurité sociale depuis le __/__/____	⇨ Tous les décomptes de paiement des indemnités journalières de la Sécurité sociale avec les taux journaliers bruts
☐ Pension d'invalidité depuis le __/__/____	⇨ Notification de la pension d'invalidité
☐ Rente(s) au titre des accidents du travail depuis le __/__/____	⇨ Notification(s) de(s) rente(s) accident de travail
☐ Prestations d'un régime complémentaire au titre d'un contrat collectif souscrit par votre employeur ou d'un accord d'entreprise depuis le __/__/____	⇨ Tous les décomptes de paiement de l'organisme complémentaire ou de l'employeur en cas d'accord d'entreprise.
☐ Prestations de l'ASSEDIC depuis le __/__/____	⇨ 1er avis de paiement + l'intégralité de la notification d'admission + attestation employeur ASSEDIC
☐ Reclassement dans une entreprise différente de votre dernier employeur en qualité de depuis le __/__/____	⇨ Photocopie de votre dernier bulletin de salaire
☐ Autre (à préciser) ----------	⇨ Pièces justificatives de paiement

Je soussigné(e) (NOM + PRENOM)……certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus. **Je m'engage à avertir immédiatement l'IPRIAC de tout changement pouvant intervenir dans ma situation postérieurement à ce jour** (changement de situation vis-à-vis de la Sécurité sociale, reprise d'activité, variation de salaires, indemnisation par l'ASSEDIC…).

Date **(obligatoire)** Signature **(obligatoire)**