

# DIFFICULTES DE PAIEMENT

CP :                      Ville :

Tél :  
Fax :  
Mél :

Remis à l'ACCUEIL le

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mél : \_\_\_\_\_

## INDIQUEZ L'IMPÔT CONCERNE

**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

**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

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

## 2 NOMS ET ADRESSES DES EMPLOYEURS ou ORGANISMES PRESTATAIRES

*Pensions,  
ASSEDIC, ...*

**2** Vous : ..... Conjoint : .....  
.....  
.....

## 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.)

.....  
.....  
.....

INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'EXAMEN DE VOTRE DEMANDE

4

Personnes vivant habituellement sous votre toit :

Nom et prénom	Lien (époux, concubin, enfants, parents)	Age	Profession

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

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

Prestations sociales	Vous-même	Votre conjoint ou concubin	Enfants	Autres (parents, etc.)
Allocations familiales				
RSA				
Allocation logement				
A P L				
Autres prestations				
<b>TOTAL (2)</b>				

<b>TOTAL (1) - (2)</b>				
------------------------	--	--	--	--

Joindre les justificatifs du dernier mois

CHARGES

5

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) <sup>1</sup>				
Autres crédits et dettes Précisez :				
TOTAL				

<sup>1</sup> Préciser : Marque : ..... Puissance : ..... Date de 1<sup>ère</sup> immatriculation : .....

Joindre les justificatifs du dernier mois

6

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 :

Nombre d'échéances mensuelles  
souhaitées : .....

Montant dû : .....

4. Etes vous en situation de surendettement ?

Non  Oui

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

**L'octroi de délais de paiements ou la modération de l'impôt sont des mesures de bienveillances exceptionnelles. Toute demande faisant état de difficultés financières fait l'objet en priorité d'un délai de paiement.**

## MODE DE PAIEMENT

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 qui a votre préférence pour le prélèvement :

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

- Chèque, carte bancaire ou numéraire (somme totale due inférieure à 300 €)

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 .....

STGNATURE

Le : / /

Complétez, datez et signez le formulaire de mandat SEPA ci-dessous.  
Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal

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.

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER :

Nom et prénoms :

N° et nom de la rue :

Bât ; Rés ; lieu-dit (etc) :

Code postal :

Ville :

Pays :

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Numéro d'identification internationale du compte bancaire (IBAN) : FR

Identification internationale de la banque (BIC) :

Signé à :

Signature

le :