

Cadre réservé à l'administration

Régularisation 2025 :	
2025/m :	
2024/m :	
Titre émis :	
Contribution annuelle :	

**DECLARATION DE RESSOURCES 2025**

Cette déclaration de ressources doit nous être adressée avant le **30 septembre 2025**, à l'une des adresses suivantes :

DEPARTEMENT DU LOIRET
Pôle personnes âgées
45945 ORLEANS
02 38 25 45 45

ou

mda.contributions@loiret.fr

Nom : Prénom :
N° dossier familial : Né(e) le : : ____ / ____ / ____
Etablissement ou foyer :

DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Avis d'imposition complet 2025 sur les revenus 2024 ou celui des parents si vous y êtes rattaché,
- Notification de votre caisse de retraite principale mentionnant l'ASPA (si vous êtes concernée(e), sinon demande à déposer auprès de votre caisse de retraite principale),
- Justificatif des charges (responsabilité civile, taxe foncière du bien immobilier principal, contrat obsèques si nouveau ou si non connu à l'instruction mentionnant le montant à réglé et le nom du ou des bénéficiaires).

I- Vos ressources non imposables (montant perçu au cours de chaque mois)

	Allocation Adulte Handicapée (AAH)	Allocation Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) et/ou Allocation supplémentaire	Allocation logement versée sur <u>le compte de l'usager</u>	Autres ressources, précisez (hors PCH-ACTP-prime activité) : _____
sept-2024				
oct-2024				
nov-2024				
déc-2024				
janv-2025				
févr-2025				
mars-2025				
avr-2025				
mai-2025				
juin-2025				
juil-2025				
août-2025				
TOTAL				

ATTENTION : TOUT CHANGEMENT DANS VOS RESSOURCES DOIT NOUS ÊTRE SIGNALÉ DANS LES PLUS BREFS DELAIS AFIN DE REVISER LE MONTANT DE VOTRE CONTRIBUTION.

	Montant perçu sur la période de référence 2024
Intérêts non imposables	

Le montant à reporter correspond au total des intérêts figurant sur les relevés des organismes bancaires communiqués durant le 1^{er} trimestre 2025, hors intérêts des comptes bloqués.

II– Les déductions à prendre en compte

	Montant total réglé de septembre 2024 à août 2025
Forfait dépendance (<i>uniquement pour les résidents de + 60 ans hébergés en EHPAD</i>)	
Mutuelle	
Frais tutelle	
Autres déductions	
TOTAL DEDUCTIONS	

Je soussigné(e) (Nom Prénom USAGER ou **TUTEUR** ou **CURATEUR** ou **CORRESPONDANT**)

.....

auteur du présent état, certifie l'exactitude des renseignements communiqués

Adresse :

.....

Tel : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __ Adresse mail : _____@_____

Date et signature : __ __ / __ __ / 20 __ __

Le Conseil Départemental se réserve le droit d'effectuer des contrôles en vue de vérifier l'exactitude de vos déclarations. Quiconque aura envoyé toute fausse déclaration de ressources, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal (article L 133-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles).