



# Déclaration sur l'honneur conjoint(e) aidant(e)

## 1 Coordonnées personnelles

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Numéro de registre national \_\_\_\_\_ (voir verso carte d'identité)  
Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Boîte \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

## 2 Votre conjoint(e) est indépendant(e)?

(Conjoint(e): la personne avec laquelle vous êtes marié(e) ou lié(e) par un contrat de cohabitation légale)

- Cochez les réponses qui s'appliquent à votre cas.
- Renvoyez ce formulaire à la caisse d'assurances sociales de votre conjoint(e).
- Conservez une copie.

### Êtes-vous aidant(e) de votre conjoint(e)?

(Un(e) aidant(e) est la personne qui assiste ou supplée sa/son conjoint(e) dans l'exercice de sa profession indépendante, de manière régulière et/ou au moins nonante jours par an).

Oui



Non



Avez-vous, vous-même, un statut social complet en tant que salarié(e), fonctionnaire ou indépendant(e) ou bénéficiez-vous d'un revenu de remplacement?

Oui



Non



Le statut social du conjoint aidant ne s'applique pas à vous.

**Complétez la déclaration sur l'honneur au verso.**

Le statut social du conjoint aidant ne s'applique pas à vous.

### Est-ce que votre conjoint(e) est dirigeant(e) d'entreprise?

Oui



Non



Le statut social du conjoint aidant ne s'applique pas à vous.

**Complétez la déclaration sur l'honneur au verso.**

**Vous êtes assujetti(e) au statut social du conjoint aidant.**

**Complétez la déclaration d'affiliation conjoint(e) aidant(e)**

Je déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes. Je m'engage à communiquer à la caisse d'assurances sociales toute modification pouvant engendrer l'assujettissement comme aidant(e).

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### 3 Déclaration sur l'honneur

Je, soussigné(e),

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

déclare sur l'honneur ne pas assister ou remplacer ma/mon conjoint(e) (ou la personne avec qui je suis lié(e) par une déclaration de cohabitation légale), ou uniquement de manière occasionnelle, dans l'exercice de sa profession d'indépendant.

Je déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes. Je m'engage à communiquer à la caisse d'assurances sociales toute modification pouvant engendrer l'assujettissement comme aidant(e).

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont uniquement recueillis pour le calcul des cotisations sociales dus dans le cadre du statut social des indépendants. Ils sont protégés par la loi du 8 décembre 1992 relative au traitement des données à caractère personnel. Pour consulter ou rectifier les renseignements qui vous concernent, vous pouvez vous adresser à Xerius Caisse d'Assurances Sociales.