

## DÉCLARATION DE RESSOURCES DU 4<sup>ème</sup> TRIMESTRE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

### ARTISTES

#### Pourquoi cette déclaration de ressources ?

Les renseignements demandés servent à calculer votre cotisation au régime unifié d'assurance maladie-maternité de Nouvelle-Calédonie et à compter du 1er janvier 2015, la Contribution Calédonienne de Solidarité.

▶ Pour remplir cette déclaration, reportez-vous à la notice explicative jointe.

### VOTRE ÉTAT CIVIL

Madame  Monsieur

NOM

NOM MARITAL

PRÉNOMS

DATE DE NAISSANCE        
*Jour Mois Année*

DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ        
*Jour Mois Année*

ADRESSE

E.MAIL  TEL. FIXE       TEL. PORTABLE

NUMÉRO ASSURÉ CAFAT à indiquer si vous avez déjà été immatriculé(e)

NUMÉRO RIDET

NUMÉRO DE COMPTE COTISANT

/

### VOUS ÊTES IMPOSÉ AU FORAÎT

#### BÉNÉFICES INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX (BIC)

1 : Chiffre d'affaires trimestriel    .    .    F.cfp

2 : Montant des achats trimestriels    .    .    F.cfp

3 : Montant des salaires trimestriels    .    .    F.cfp

#### BÉNÉFICES NON COMMERCIAUX (BNC) :

4 : Montant total des recettes    .    .    F.cfp

#### ▶ NOTA

Les cotisations sociales obligatoires ainsi que la Contribution Calédonienne de Solidarité versées au viendront en déduction du bénéfice calculé précédemment. La déduction sera effectuée directement par la CAFAT.

Les prestations en espèces versées par la CAFAT doivent être soumises à cotisations. Ne les ajoutez pas, elles seront intégrées automatiquement.

## VOUS ÊTES IMPOSÉS AU RÉGIME DU BÉNÉFICE RÉEL OU DU RÉEL SIMPLIFIÉ

5 : Résultat fiscal de l'année avant imputation des déficits antérieurs

.    .    F.cfp

Résultat : bénéficiaire  ou déficitaire

6 : Versements **volontaires** au titre de la couverture des risques maladie, maternité, vieillesse ou invalidité, mentionnés à l'article Lp 123 I.b. du Code des Impôts

.    .    F.cfp

Je soussigné(e), CERTIFIÉ SUR L'HONNEUR, l'exactitude des renseignements donnés et m'ENGAGE à signaler immédiatement les redressements qui pourraient être opérés ultérieurement.

Fait le    /    /     
jour      mois      année

*signature et qualité du déclarant*

**Vous devez impérativement retourner votre déclaration de ressources aux dates suivantes :**

Ressources du <b>1er trimestre</b>	Avant le <b>15 avril</b>
Ressources du <b>2ème trimestre</b>	Avant le <b>15 juillet</b>
Ressources du <b>3ème trimestre</b>	Avant le <b>15 octobre</b>
Ressources du <b>4ème trimestre</b>	Avant le <b>15 janvier</b>

à la CAFAT branche Recouvrement.  
 4 rue du général Mangin. BP L5. 98849 NOUMEA CEDEX  
 Tél. : 25 58 09 - Fax. : 25 58 94

**ATTENTION !** Dans votre intérêt, retournez cet imprimé rempli avant la date limite afin d'éviter :  
 - une majoration de 5 000 F.cfp pour déclaration tardive,  
 - la fixation de votre cotisation au montant le plus élevé.

En renseignant au recto vos coordonnées, vous recevrez des supports d'information diffusés par la CAFAT en conformité avec sa mission de service public.

La présente déclaration est conforme à l'arrêté en vigueur adopté par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Elles sont destinées à la gestion de votre dossier et à celle de nos fichiers assurés et cotisants. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de ces données (Loi du 06.01.1978) auprès de la Direction de la CAFAT.

Article Lp 22-7 de la loi du pays modifiée n°2001-016 du 11.01.2002 : « Est passible d'une amende de 500.000 F.cfp quiconque se rend coupable de manoeuvres frauduleuses ou de fausses déclarations pour obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant. »