

DÉCLARATION DES REVENUS 2020

20



DIRECTION GÉNÉRALE
DES FINANCES PUBLIQUES

Liberté
Égalité
Fraternité

N° FIP ▶

N° fiscal ▶

N° fiscal du conjoint ▶

N° d'accès en ligne ▶

00

0217681574173 C

ÉTAT CIVIL

DÉCLARANT 1

Monsieur

Madame

Nom de naissance

HEMON

Prénoms

GAELLE

Date de naissance

16 | 08 | 1984

Lieu de naissance

75 PARIS 09

DÉPARTEMENT

COMMUNE OU PAYS SI NÉ(E) À L'ÉTRANGER

DÉCLARANT 2

Monsieur

Madame

DÉPARTEMENT

COMMUNE OU PAYS SI NÉ(E) À L'ÉTRANGER

Nom auquel vos courriers seront adressés

HEMON

Votre téléphone

Votre mél

gaellehemon@gmail.com

ADRESSE AU 1^{ER} JANVIER 2021

Adresse

N° 22 RUE RAVIGNAN

CODE POSTAL

75018 COMMUNE PARIS 18

Complément

Appartement

N°

ÉTAGE 1

ESCALIER

B

RÉSIDENCE

NB. PIÈCES 3

Statut

PROPRIÉTAIRE

LOCATAIRE

COLOCATAIRE

HÉBERGÉ GRATUITEMENT

GAMBY CERF

NOM DU PROPRIÉTAIRE

CHANGEMENTS D'ADRESSE

Vous avez changé d'adresse en 2020

Date du déménagement

| | | | 2 | 0 | 2 | 0 |

Adresse

N° RUE

au 1^{er} janvier 2020

CODE POSTAL

COMMUNE

Complément

Appartement

N°

ÉTAGE

ESCALIER

RÉSIDENCE

Vous avez changé d'adresse en 2021

Date du déménagement

01 | 05 | 2 | 0 | 2 | 1 |

Adresse actuelle

N° RUE LA LUGUETTERIE

CODE POSTAL

41200 COMMUNE LOREUX

Complément

Appartement

N°

ÉTAGE

ESCALIER

RÉSIDENCE

CONTRIBUTION À L'AUDIOVISUEL PUBLIC

Si aucune de vos résidences (principale ou secondaire) n'est équipée d'un téléviseur, cochez.....

ØRA

SIGNATURE DU OU DES DÉCLARANTS

À

Le

Si vous souscrivez une déclaration

d'impôt sur la fortune immobilière, cochez.....

ØIF

Si vous déposez la déclaration au titre d'un mandat,
apposez votre cachet et cochez.....

ØTA

SERVICES GESTIONNAIRES

DIR

FOYER FISCAL

TAXE D'HABITATION

A I SITUATION DU FOYER FISCAL EN 2020

Rectifiez si nécessaire dans la case blanche

Marié(e)s M
 Divorcé(e)/séparé(e) D
 Pacsé(e)s O

Célibataire C
 Veuf(ve) V

Date des changements en 2020

- Mariage X **2 0 2 0** Pacs X **2 0 2 0**
 N° fiscal de votre conjoint
 Vous optez pour la déclaration séparée de vos revenus 2020 B
 - Divorce/séparation/rupture de Pacs Y **2 0 2 0**
 - Décès: déclarant 1 Z **2 0 2 0**
 déclarant 2 Z **2 0 2 0**

Situations pouvant donner droit à une demi-part supplémentaire**1. Célibataire, divorcé(e), séparé(e), veuf(ve)**

- Vous viviez seul au 1^{er} janvier 2020 (ou au 31 décembre 2020 en cas de divorce/séparation/rupture de Pacs en 2020) et vous avez un enfant:

- majeur non rattaché à votre foyer (ou mineur imposé en son nom propre)
- ou décédé après l'âge de 16 ans ou par suite de faits de guerre.

Vous avez élevé cet enfant pendant au moins cinq années au cours desquelles vous viviez seul L

- Vous ne viviez pas seul au 1^{er} janvier 2020 N

2. Titulaire d'une pension (militaire, accident du travail) pour invalidité d'au moins 40 % ou de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion (CMI) mention "invalidité" P

Votre conjoint remplit ces conditions ou votre conjoint, décédé en 2020, remplissait ces conditions F

3. Titulaire de la carte du combattant ou d'une pension militaire d'invalidité ou de victime de guerre

- Vous êtes célibataire, divorcé, séparé, veuf:

- vous êtes âgé de plus de 74 ans (né avant le 1.1.1947) et vous remplissez ces conditions;
- ou vous êtes âgé de plus de 74 ans (né avant le 1.1.1947) et votre conjoint décédé bénéficiait de la demi-part supplémentaire;
- ou votre conjoint décédé en 2020 bénéficiait de la demi-part supplémentaire W

- Vous êtes mariés ou pacés: l'un des deux déclarants, âgé de plus de 74 ans (né avant le 1.1.1947), remplit ces conditions S

- Vous avez une pension de veuve de guerre G

B I PARENT ISOLÉ**C I PERSONNES À CHARGE EN 2020**

Rectifiez si nécessaire dans la case blanche

Enfants à charge

Nombre d'enfants non mariés de moins de 18 ans (*nés du 1.1.2002 au 31.12.2020*) ou handicapés quel que soit l'âge F **3**

Année de naissance **2003 2004 2006**

dont enfants titulaires de la carte d'invalidité ou de la CMI-invalidité G **1**

Année de naissance **2003 2004 2006**

Renseignements sur vos enfants

Nom, prénom M. SHAKOLENGA OWEN OMBA WAREN

Date de naissance 09/03/2003

Lieu de naissance PARIS

Nom, prénom MME. SHAKOLENGA LANA INES SALMA

Date de naissance 19/06/2004

Lieu de naissance PARIS

Enfants en résidence alternée ou à charge partagée

Nombre d'enfants non mariés de moins de 18 ans (*nés du 1.1.2002 au 31.12.2020*) ou handicapés quel que soit l'âge H **1**

Année de naissance **2003 2004 2006**

dont enfants titulaires de la carte d'invalidité ou de la CMI-invalidité I **1**

Année de naissance **2003 2004 2006**

Nom et adresse de l'autre parent

Renseignements sur vos enfants

Nom, prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Nom, prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Autres personnes invalides à charge, vivant sous votre toit

Nombre de titulaires de la carte d'invalidité ou de la CMI-invalidité R **1**

Année de naissance **2003 2004 2006**

Nom, prénom, date et lieu de naissance

Nom, prénom, date et lieu de naissance

Nom, prénom, date et lieu de naissance

D I RATTACHEMENT EN 2020 D'ENFANTS MAJEURS OU MARIÉS nés du 1.1.1999 au 31.12.2001 ou, s'ils sont étudiants, nés du 1.1.1995 au 31.12.2001

Nombre d'enfants célibataires (ou veufs ou divorcés) majeurs sans enfant J **1**

Nombre d'enfants mariés/pacés et d'enfants non mariés chargés de famille (y compris le conjoint et les enfants) N **1**

Monsieur

Madame

Monsieur

Madame

Nom, prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Nom, prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

INFORMATIONS**COORDONNÉES BANCAIRES** Si ces coordonnées sont inexactes ou absentes, joignez obligatoirement un RIB.

BIC | **FPELFR21**

IBAN | **FR76 1659 8000 012X XXXX XXX0 127**

Titulaire du compte | **HEMON**

Ces coordonnées bancaires seront utilisées pour le paiement de votre impôt sur le revenu dans le cadre du prélèvement à la source.

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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Déclaration des revenus 2020 (2042 / 2042 C / 2042 RICI)

Personnes à charge en 2020 autres que les enfants rattachés

MME SHAKOLENGA SHAKOLENGA
NOEMY CIARA NGOYA 30/05/2006 75 PARIS (F)

Mention Expresse

Adresse :
Superficie : 95

Traitements, salaires

1AJ Salaires - Déclarant 1 : 368

Réductions et crédits d'impôt

7EA Enfant scolarisé - Collège - Nombre : 1

7EC Enfant scolarisé - Lycée - Nombre : 2

Prélèvement à la source

8HV RAS sur salaires et pensions - Déclarant 1 : 0

Informations connues de l'administration

Informations connues de l'administration avant modifications éventuelles par le déclarant

1AJ) Salaires - Déclarant 1
17940120300072 - MAISON D ARRET DE FLEURY MEROGIS : 368 euros
Total : 368 euros