

Réf : F16011.02

Service de l'aide médicale et des prestations
sociales
Direction provinciale de l'Action
Sanitaire et Sociale (DPASS)
17 rue Georges Clémenceau
BP U2, 98852 Nouméa cedex
Tél. 20 52 52 – Fax 20 47 79
sam@province-sud.nc

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DE NON DÉTENTION DE COMPTES BANCAIRES, POSTAUX (COMPTE COURANT ET/OU ÉPARGNE)

Je soussigné(e)

Madame Monsieur

Nom de naissance _____

Nom marital _____

Prénom(s) _____

Demeurant à (adresse) _____

déclare sur l'honneur ne disposer à ce jour d'aucun compte courant et/ou épargne dans une banque en Nouvelle-Calédonie ou à l'extérieur de la Nouvelle-Calédonie.

La présente déclaration est effectuée afin de bénéficier du droit à l'aide médicale.

Engagement et sanctions encourues en cas de fausse déclaration

1/ En application de l'article 441-7 du code pénal, est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende le fait :

- ⇒ d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;
- ⇒ de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ;
- ⇒ de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 300 000 F d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor Public ou au patrimoine d'autrui.

2/ Je m'engage par la présente à tenir informé, dès que j'en ai connaissance, le service de l'aide médicale de la province Sud de tout changement intervenant dans ma situation familiale, ma résidence, ma couverture sociale ou mes revenus durant la période de validité de la carte d'aide médicale qui m'est délivrée.

Faute de quoi, et à compter de la date d'intervention dudit changement, ma carte d'aide médicale pourra m'être retirée et le remboursement intégral des dépenses que la province Sud aura engagées pour la prise en charge de mes frais de santé pourra m'être demandé.

O J'atteste de l'exactitude des informations fournies.

Fait à _____, le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature