P0 AUTO-ENTREPRENEUR

cerfa N° 13821*01

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

AUTO-ENTREPRENEUR PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITE COMMERCIALE, ARTISANALE, LIBERALE

RESERVE AU CFE UIDBEFKT

Déclaration n°.....
reçue le.....
transmise le.....

VOUS NE BENEFICIEZ DE CE REGIME QUE SI VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTE POUR LE REGIME MICRO-SOCIAL

1 **Avez-vous déjà exercé une activité non salariée** ☐ **oui** ☐ **non** **Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification** I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

IDENTITE

2 **NOM DE NAISSANCE**..... Nom d'usage.....Prénoms .....
Nationalité ..... Sexe ☐ M ☐ F Né(e) le I_I_I_I_I_I_I_I Dépt. I_I_I_I Commune / Pays.....
Domicile : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* .....
Code postal I_I_I_I_I_I Commune / Pays.....

Forain ☐ Commune de rattachement administratif : Code postal I_I_I_I_I_I Nom de la commune.....

3 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur *pour celui-ci préciser ci-dessous* ☐ Conjoint ou pacsé salarié
Nom de naissance..... Nom d'usage.....Prénoms.....
Né(e) le I_I_I_I_I_I_I_I_I Dépt. I_I_I_I Commune / Pays.....

4 **AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)**

☐ Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique.

ACTIVITE

5 **Vous exercez votre activité à :** ☐ Votre domicile personnel, **passez directement au cadre 6** ☐ Une adresse professionnelle, **indiquer celle-ci**

rés. ,bât., app., étage, N°, voie. Lieu-dit.....
Code postal I_I_I_I_I_I_I_I_I Commune.....

6 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** I_I_I_I_I_I_I_I_I

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

Indiquer l'activité la plus importante .....
Le cas échéant, autres activités exercées.....

Si votre activité principale est commerciale ou artisanale, veuillez préciser en ne cochant qu'une seule case :
Sa nature :
☐ Commerce de détail ☐ Transport ☐ Services ☐ Import export ☐ Commerce de gros ou intermédiaire du commerce ☐ Fabrication, production
☐ Montage, installation ☐ Réparation ☐ Bât. travaux publics ☐ Extraction ☐ Autre .....

Son lieu d'exercice :
☐ Magasin (surface : m2) ☐ Bureau, cabinet ☐ Sur marché ☐ En clientèle ☐ Usine ☐ Atelier ☐ Dépôt, entrepôt
☐ Sur chantier ☐ Mine, carrière ☐ Autre.....

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 **VOUS AVEZ CHOISI L'OPTION MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE**
Option de versement : ☐ trimestriel ☐ mensuel des cotisations

VOTRE N°DE SECURITE SOCIALE I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I I_I_I Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ☐ oui ☐ non

Pour le conjoint ou pacsé collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale I_I_I _I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I I_I_I

ASSURANCE MALADIE - Régime actuel : ☐ Régime général ☐ Agricole ☐ Non salarié non agricole ☐ Autre.....

Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés.....N°I_I_I_I

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle :.....Dépt. I_I_I_I Commune.....Date de cessation I_I_I_I_I_I_I_I

Resterez-vous simultanément : ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Retraité / Pensionné ☐ Autre..... Si à l'étranger, indiquer le pays.....

PERSONNES DEMANDANT À BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT Suite sur intercalaire(s) PO'

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé oui	Enfant scolarisé non	Nationalité	Pour les étrangers de plus de18 ans (sauf ressortissant de l'U.E) N°du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

OPTION(S) FISCALE(S)

8 **VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO (BIC ou Spécial BNC)**

☐ Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9 **OBSERVATIONS :**

10 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n°---- ☐ Autre : .....
..... Code postal I_I_I_I_I_I Commune.....
Tél.....Tél.....
Fax / mèl.....

Le présent document constitue une déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.

11 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à.....
Le .....
Nombre d'intercalaire(s) PO'
Formulaire ACCRE : ☐ oui ☐ non

SIGNATURE

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire