

 P.A. N°

**Service Finances**

Administration Communale – Service Recettes

Madame la Directrice Financière

Rue P.J. Kennedy 150

**6250 – AISEAU-PRESLES**

**Mail :** **taxes@aiseau-presles.be**

Renvoyez ce document complété,

daté et signé à l’adresse indiquée ci-contre

**D E M A N D E D E P L A N D E P A I E M E N T**

L’octroi d’un plan de paiement constitue une mesure de faveur qui doit être justifiée par des difficultés financières rencontrées par le demandeur. La Directrice Financière est seule compétente pour octroyer des facilités de paiement.

La présente demande n’est qu’une proposition de remboursement. La Directrice Financière n’est pas tenue d’y souscrire et se réserve le droit de refuser votre demande ou la possibilité d’adapter le montant des mensualités suite à l’examen de votre dossier.

1. Le soussigné…………………………………………………………………………….

Domicilié(e)……………………………………………………………………………..

Date de naissance : …………………………- Téléphone………………………Mail …………………………………

Reconnaît, être redevable envers la commune d’Aiseau-Presles d’un montant de….……………. €

(suivant détail en annexe)

1. Situation financière

**CHARGES :**

|  |  |
| --- | --- |
| Enfants à charge : | Nombre : |
| Frais de logement mensuels (loyer ou prêt) | …………………………….€ |
| Véhicule | Marque :Plaque :Année :frais mensuels estimés : |
| Autre prêts en cours | OUI / NON |
| Saisie en cours | OUI / NON |

**REVENUS :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Revenus mensuels : | ………………………€ | Organisme qui vous paie ouEmployeur :  |
| Revenus du conjoint : | ……………………….€ | Organisme qui vous paie ou Employeur : |
| Autres revenus : |  |  |
| Allocations familiales : | Montant total mensuel :………………………………€ |  |

***Ces données sont récoltées en vue d’accorder des facilités de paiement au contribuable qui en fait expressément la demande et qui en démontre la nécessité. A compléter obligatoirement, faute de quoi, il ne sera pas tenu compte de la demande.***

1. S’engage à effectuer le remboursement des taxes dues par des versements mensuels sur le compte

**BE74 0971 5005 0007**

Montant par mois : ……………………..

A partir du : ………………………….

Date chaque mois : …………………….

Souhaite une domiciliation : OUI - NON

Se réservant formellement le droit de contester les fondements et la débition de chacun des impôts susmentionnés contre lesquels un recours est introduit, aussi bien auprès du Collège Communal qu’auprès des instances judiciaires, le soussigné déclare par la présente renoncer au temps acquis de la prescription pour le montant total repris ci-dessus et suivant l’annexe.

Certifié sincère, exact et complet,

 Date

 Signature

**Case réservée à l’Administration**

Pour accord, selon la proposition – avec adaptation des montants mensuels à raison de ……………..€/mois

Aiseau-Presles, le

La Directrice Financière,

N. COELST

*L’Administration, en application articles L3321-1 à L3321-12 du Code la Démocratie Locale et de la Décentralisation, relatifs à l’établissement, au recouvrement et au contentieux en matière de taxes communales, se réserve le droit d’utiliser, dans le cadre du recouvrement des taxes communales les informations communiquées.*

*Vos données à caractère personnel sont traitées dans le respect du règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.*

*Dates de perception*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |