

Demande de délai de paiement des impôts pour raison de santé

Remplacez les éléments en orange entre crochets, supprimez les mentions inutiles, signez et joignez vos justificatifs.

[Prénom NOM]

[Adresse complète]

Numéro fiscal : [13 chiffres]

Service des impôts des particuliers de [ville]

[Adresse]

À [ville], le [date]

Objet : demande de délai de paiement pour raison de santé – [impôt concerné] [année]

Référence de l'avis : [référence] – Montant : [montant] €

Madame, Monsieur,

Je suis en arrêt de travail depuis le [date] [ou : je suis atteint(e) d'une maladie de longue durée depuis le [date]]. Mes revenus sont passés de [montant] € à [montant] € par mois, et je supporte des frais de santé non remboursés d'environ [montant] € par mois.

Dans ces conditions, je ne peux pas régler en une fois mon [impôt concerné] [année] de [montant] €. Je sollicite un échéancier de [nombre] mensualités de [montant] € par prélèvement, à partir du [date].

Je joins le questionnaire 4805-S-SD, mon RIB, [l'attestation d'arrêt de travail / les relevés d'indemnités journalières / l'attestation de prise en charge] et mes justificatifs de charges.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Signature]