

ANNEXE I.

Formulaire de demande de carte d'assistance  
médicale gratuite aux colons.

CONFIDENTIEL

(à transmettre sous pli fermé)

KIBUNGO



4115

*G.P.  
voir instructions  
et pour renseignements*

Je soussigné SALIM BIN KHAMIS..... (adresse)..... KIBUNGU U.....  
sollicite l'octroi de la carte d'assistance médicale pour moi-même et les membres  
de ma famille cités ci-après:

<u>Epouse</u>		: Enfant (s) prénom, date de naissance
Nom, prénom, AMINA BINTI SULTAN		: ZURABINTI SALIM 23/ 3/1949
éventuellement employeur		: MASSOFA BINTI SALIM 27/ 9/1950
.....		: KHAZINA BINTI SALIM 3/ 3/1955
.....		: SAFIA BINTI SALIM 15/ 9/56
.....		: FATUMA BINTI SALIM 26/ 9/1958

Je déclare que mon revenu familial imposable s'est élevé à .....  
..... au cours de l'année précédente. Je ne dispose pas d'autres revenus que  
ceux déclarés, ni au Congo Belge, ni au Ruanda-Urundi, ni en Belgique, ni à  
l'étranger.

J'autorise le Vérificateur des impôts de mon ressort à communiquer  
à l'Administration le montant de mes revenus familiaux antérieurs.

Date - Signature.

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATEUR DE TERRITOIRE.

Transmis à ..... Kibungu ..... le 30/12/1960 .....  
M. LE VERIFICATEUR DES IMPOTS .....  
de et à ..... l'Administrateur de territoire,

Dernier revenu familial imposable: exercice 195- (année 195-)...

Transmis à ..... le .....  
M. LE COMMISSAIRE DE DISTRICT .....  
de ..... à ..... Le Vérificateur des Impôts,

AVIS DE LA COMMISSION DE DISTRICT.

Transmis le .....  
à M. LE MEDECIN PROVINCIAL à .....