

Demande d'allocations familiales pour personne employée

Concerne → → → allocations familiales allocation de naissance / d'adoption alloc.différentielle

1 Données relatives au requérant / à la requérante

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nom | | Prénom | | No AVS (NAVS13) | |
| Date de naissance | | Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | Nationalité | |
| Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuve / veuf | | Requérant d'asile <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | depuis le (Date) | |
| partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Adresse: Rue / No | | NPA / Localité | | Canton | |
| | | | | Joignable au (téléphone, courriel etc.) | |
| A partir de quelle date l'allocation est-elle demandée? | | Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou AMat ★ est-elle perçue? Si OUI, quelle prestation et par quel office/caisse est-elle versée? | | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, depuis le: | |

2 Données concernant l'employeur et le requérant

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nom | | Contrat de travail <input type="checkbox"/> déterminé <input type="checkbox"/> indéterminé | | Numéro de décompte | |
| Adresse: Rue / No | | NPA / Localité | | Canton | |
| | | | | Joignable au (téléphone, courriel etc.) | |
| La personne est employée du (év. au) | | Lieu de travail (canton) | | Revenu annuel présumé soumis à l'AVS CHF | |
| Autre(s) employeur(s): Nom(s), adresse(s), personne(s) de contact (tél.) | | Ce revenu est | | <input type="checkbox"/> plus haut que celui mentionné ci-dessus <input type="checkbox"/> plus bas | |

3 Données relatives à l'autre parent

► Si remariage(s), prière de remplir la feuille annexe ◀

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nom | | Prénom | | No AVS (NAVS13) | |
| Date de naissance | | Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | Nationalité | |
| Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuve / veuf | | Requérant d'asile <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | depuis le (Date) | |
| partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Adresse: Rue / No | | NPA / Localité | | Canton | |
| | | | | Joignable au (téléphone, courriel etc.) | |
| Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou AMat ★ est-elle perçue? Si OUI, quelle prestation et par quel office / quelle Caisse est-elle versée? | | | | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, depuis le: | |
| L'activité génère-t-elle un revenu annuel égal ou supérieur à CHF 7'050 ? Si OUI, nom, adresse et no de tél. de l'employeur | | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, depuis le: | | Canton du lieu de travail | |
| | | | | Qui réalisera probablement le revenu soumis à l'AVS le plus élevé ? <input type="checkbox"/> Requérant (chiffre 1) <input type="checkbox"/> Le (la) conjoint(e) (chiffre 3) | |
| Une inscription auprès d'une Caisse AVS en tant que personne indépendante (IND) ou non-active (NA) existe-t-elle? | | | | <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> NA | |
| Si OUI, auprès de quelle Caisse de compensation? | | | | | |

★ AI = Assurance invalidité • AC = Ass. chômage • LAA = Ass. accidents • AIM = Ass. indemnités journ. en cas de maladie • AMat = Assurance-maternité

4 Enfant(s) jusqu'à 25 ans maximum (pour lesquelles le requérant subvient à l'entretien)

► Si vous devez annoncer plus de 5 enfants, prière de remplir les chiffres 1 (première ligne) et 4 d'une nouvelle demande ◀

a) Informations générales

| | Nom | Prénom(s) | Date de naissance | m / f | vit au sein du ménage** | | rapport du requérant (de la requérante) à l'enfant | | | | | | Incapable de gain |
|---|-----|-----------|-------------------|-------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | OUI | NON | L* | A* | S* | P* | G* | E* | |
| 1 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* L = enfant naturel • A = enfant adopté • S = enfant du conjoint de l'ayant droit • P = enfant en nourrice • G = frère/sœur • E = petit-fils/petite-fille

** NON = l'enfant ne vit pas au sein du ménage du demandeur: Veuillez indiquer l'adresse du domicile de l'enfant dans le tableau suivant

b) Informations additionnelles pour enfant(s) en formation et/ou si l'enfant ne vit pas au sein du ménage

| | Formation | | | Revenu annuel | Adresse du domicile de l'enfant (rue+no • NPA+localité • pays) |
|---|-----------|-----|------|---------------|----------------------------------------------------------------|
| | Début | Fin | Type | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

5 Autres informations

Une autre personne perçoit-elle ou a-t-elle perçu une allocation pour l'un ou plusieurs des enfants mentionnés au chiffre 4 de la présente demande ? OUI NON

Si OUI, pour quelle période ?

Qui et par quel prestataire d'allocation ?

du au

6 Les copies des documents suivants doivent être joints à la demande

| | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Citoyens UE/AELE, dont les enfants ont résidence en UE/AELE: | Acte(s) de naissance de(s) enfant(s) et acte(s) de mariage Si un parent travaille dans le pays de résidence de l'enfant, prière de joindre une attestation actuelle des prestations versées pour chaque enfant ou un formulaire E411 , complété et attesté par l'autorité compétente. | <i>Les documents, qui ne sont pas dans une langue nationale ou en anglais, sont à faire traduire par un traducteur officiel.</i> |
| Personnes d'autre nationalité: | Parents: permis de séjour (recto-verso) et acte de mariage Enfant(s): permis de séjour (recto-verso) | |
| Personnes célibataires: | Reconnaissance de paternité, document officiel déterminant l'exercice de l'autorité parentale | |
| Personnes divorcées ou séparées: | Extrait du jugement de divorce ou du jugement de séparation attribuant la garde et/ou l'autorité parentale. | |
| Pour les enfants de plus de 16 ans: | Attestation de formation actuelle • certificat médical en cas d'incapacité de gain | |
| Si une autre prestation est perçue: | Eventuelles attestations d'ultérieurs fournisseurs de prestations alternatives (selon chiffre1+3) | |

7 Remarques importantes • Attestation de la personne qui dépose la demande

Remarques importantes

- Seules les demandes signés et remplies de manière complète et accompagnées de tous documents et annexes requis seront traitées.
- Le versement par l'employeur d'allocations avant réception de la décision correspondante se fait aux risques de ce dernier.

La personne soussignée atteste

- avoir rempli la demande conformément à la vérité;
- avoir pris connaissance que par enfant, **une seule** allocation (complète) peut être perçue;
- savoir s'exposer à des sanctions pénales en faisant de fausses déclarations ou en dissimulant des faits essentiels;
- avoir noté que toute prestation perçue à tort doit être restituée;
- avoir pris bonne note de son obligation de communiquer sans tarder à l'employeur, respectivement à la Caisse de compensation, tout changement intervenu dans sa situation familiale et pouvant avoir une incidence sur le droit à l'allocation.

Date et signature du demandeur ou de la demandeuse

Date, timbre et signature de l'employeur