

Demande d'allocations familiales pour personne employée

Demande d':

allocations familiales

allocations de diff. intercantionales

allocations de diff. internationales

allocation de naissance

1 Requéran(t)e

Nom		Prénom		Numéro d'assuré 756.	
Date de naissance		Sexe masculin féminin		Nationalité	
Etat civil célibataire marié(e) partenariat enregistré		séparé(e) divorcé(e) dissous		partenariat veuf/veuve depuis le (date)	
Adresse: rue / numéro		NPA / Localité		joignable au (téléphone ou courriel)	
Allocation(s) demandée(s) dès le? (date)		Perception d'une prestation * de l'AI, AC, LAA, AIM, Amat? oui non Si oui: quelle prestation est versée par quel office? Joindre les preuves svp			

2 Employeur(s) (À remplir par l'employeur)

Nom		Numéro de décompte (1.xxxx.x.00)			
Personne employée du /au		Canton de travail		Revenu annuel soumis à l'AVS sup. au minimum? (CHF 7'350.00) oui non	
Adresse: rue / numéro		NPA / Localité		joignable au (téléphone ou courriel)	
Existe-t-il d'autres employeurs ? oui non Si oui : de quel salaire est le plus élevé :					

3 Autre parent (mère naturelle / père naturel) à remplir dans tout le cas!

Pour les informations sur les autres parents veuillez remplir la feuille annexe en plus.

Nom		Prénom		Numéro d'assuré 756.			
Date de naissance		Sexe masculin féminin		Nationalité			
Etat civil célibataire marié(e) partenariat enregistré		séparé(e) divorcé(e) partenariat dissous		veuf/veuve depuis le (date)			
Adresse: rue / numéro		NPA / Localité		joignable au (téléphone ou courriel)			
Perc. d'une prestation * de l'AI, AC, LAA, AIM, Amat? oui non Si oui: quelle prestation est versée par quel office? Joindre les preuves svp							
Existe-t-il un emploi? Revenu annuel soumis à l'AVS sup. au minimum? (CHF 7'350.00) Si oui: nom, adresse et téléphone de l'employeur		oui non oui non		Canton de travail		Le revenu annuel prévu dépassera-t-il celui du/de la requérant(e)? oui non	
Existe-t-il une inscription comme indépendant(e)? oui non				Si oui: auprès de quelle caisse de compensation?			

4 Enfant(s) jusqu'à 25 ans maximum

Si vous devez annoncer plus de 5 enfants, veuillez remplir un deuxième formulaire

Informations générales

Enfant	Nom	Prénom(s)	Date de naissance	m / f	vit dans votre ménage		Rapport du/de la requérant(e) à l'enfant						incapable de travailler oui	
					oui	non**	N*	A*	C*	R*	FS*	PP*		
1														
2														
3														
4														
5														

*N = enfant naturel, A = enfant adopté, C = enfant du conjoint de l'ayant droit, R = enfant recueilli, FS = frère/soeur, PF = petit-fils/petite-fille
 **Non = si l'enfant ne vit pas au sein du ménage du/de la requérant(e), veuillez indiquer l'adresse du domicile de l'enfant dans tableau suivant

Informations complémentaires pour enfants en formation et/ou ne vivant pas dans le ménage du/de la requérant(e)

Enfant	Début		Fin		Formation		Revenu annuel	Adresse du domicile de l'enfant
					Type	Institution de formation		
1								
2								
3								
4								
5								

5 Les documents suivants (en copie) doivent être joints à la demande

- Domicile à l'étranger: Livret/Attestation de famille (parents et enfants) ou acte de naissance des enfants et acte de mariage Confirmation actuelle du service compétent pour les prestations familiales dans l'état de résidence des enfants
 - Enfants hors mariage: Convention de l'autorité parentale conjointe, acte de naissance des enfants
 - Personnes divorcées ou séparées : Livret/Attestation de famille (parents et enfants) ou acte de naissance des enfants (avec indication des parents) et acte de mariage
 - Pour les enfants de plus de 16 ans: Attestation de formation actuelle / certificat médical en cas d'incapacité de travailler
- Dans des cas particuliers, le caissier peut exiger des documents supplémentaires.
 Les documents non rédigés dans une langue suisse officielle, doivent être traduits par un traducteur reconnu

6 Remarques importantes / Confirmation de la demande

Remarques importantes

- Seules les demandes remplies de manière complètes et accompagnées de tous les documents et annexes requis seront traitées.
- Le versement des allocations avant réception de la décision se fait au risque de l'employeur.

Les personnes soussignées attestent

- d'avoir rempli la demande conformément à la vérité,
- d'avoir pris connaissance que par enfant, une seule allocation complète peut être perçue,
- de savoir s'exposer à des sanctions pénales en faisant de fausses déclarations ou en dissimulant des faits essentiels,
- d'avoir noté que toute prestation perçue à tort doit être restituée,
- d'avoir pris bonne note de son obligation de communiquer sans tarder à l'employeur, resp. 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/de la requérant(e)

Date, timbre et signature de l'employeur

* Abréviations: AI = Assurance invalidité, AC = Assurance chômage, LAA = Assurance accidents, AIM = Assurance indemnités journalières en cas de maladie, Amat = Allocation de maternité