

Demande d'allocations familiales

1 Employé / employée

Nom		Prénom		Numéro d'AVS (n° AVS)	
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"/> partenariat enregistré		<input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> partenariat dissous		veuve/veuf	
Adresse: rue / n°		NPA / Localité		Coordonnées (n° de téléphone, adresse courriel, etc.)	
A partir de quelle date l'allocation est-elle demandée ?		Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIJM ou Amat est-elle perçue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : quelle prestation et par quel office ou caisse est-elle versée ?			

2 Employeur

Nom		Numéro de décompte	
La personne est employée depuis le/jusqu'au		Lieu de travail (canton)	
Adresse: rue / n°		NPA / Localité	
Revenu annuel soumis à l'AVS prévisible		Coordonnées (n° de téléphone, adresse courriel, etc.)	
Autres employeurs / nom, adresse, coordonnées (téléphone, adresse courriel, etc.) personne de contact			

3 Autre parent

Si l'autre parent et le compagnon/la compagne actuel(le) sont deux personnes distinctes, veuillez remplir également la feuille annexée à la présente demande

Nom		Prénom		Numéro d'AVS (n° AVS)	
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"/> Partenariat enregistré		<input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> partenariat dissous		veuve/veuf	
Adresse: rue / n°		NPA / Localité		Coordonnées (n° de téléphone, adresse courriel, etc.)	
Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIJM ou Amat est-elle perçue? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui: quelle prestation et par quel office ou caisse est-elle versée					
Une activité dépendante est-elle exercée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui: nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur			Canton du lieu de travail		Qui va probablement gagner davantage ? Réquerant/Réquerante <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/>
Une indscription auprès d'une caisse de compensation en tant qu'indépendant (IND) ou personne sans activité lucrative (PSAL) existe-t-elle ? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL Si oui, auprès de quelle caisse de compensation ?					

* Les différentes abréviations sont expliquées dans la feuille annexe à la «Demande d'allocations familiales pour personne employée»

4 Enfant(s) de 25 ans au plus

Si vous devez annoncer plus de 6 enfants, veuillez remplir une deuxième demande.

Informations générales

Enfant	Nom	Prénom	Date de naissance	m / f	Vit avec vous		Lien de parenté entre l'employé(e) et l'enfant						Sans act. lucrative	
					oui	non**	N*	A*	C*	R*	FS*	PF*		oui
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
6					<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"/>	<input type="checkbox"/>

*N = enfant naturel, A = enfant adoptif, 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 avec la personne qui dépose la demande, veuillez indiquer l'adresse du domicile de l'enfant dans le tableau suivant

Informations complémentaires pour enfants en formation et/ou ne vivant pas avec l'employé(e)

Enfant	Formation			Revenu annuel	Adresse du domicile de l'enfant (Rue/n°, NPA/localité, pays)
	Début	Fin	Type		
1					
2					
3					
4					
5					
6					

5 Les documents suivants doivent être joints à la demande

Personnes de nationalité étrangère: (Les documents qui ne sont pas rédigés dans une des langues officielles suisses doivent être traduits par un traducteur agréé)	Parents: copie livret pour étrangers et acte de mariage Enfants: copie livret pour étranger et acte de naissance Confirmation actuelle du service compétent pour les prestations familiales dans l'Etat de résidence de l'enfant (E411)
Personnes célibataires:	Copie acte de naissance de l'enfant/des enfants, reconnaissance de paternité, contrat d'entretien
Personnes divorcées ou séparées:	Copie extrait du jugement de divorce ou de séparation concernant le droit de garde
Pour les enfants de plus de 16 ans:	Attestation de formation actuelle / certificat médical en cas d'incapacité de gain
Employé(e):	Si une prestation est perçue: Attestation du fournisseur de prestation (AI, AC, LAA, AIJM, Amat)

6 Remarque importantes / attestation de la personne qui dépose la demande

Remarques importantes

- Seules les demandes remplies de manière complète et accompagnées de tous les documents requis seront traitées.
- Le risque d'un versement par l'employeur d'allocations pour enfants avant réception de la décision d'allocations correspondante incombe à l'employeur.
- En principe, les allocations familiales sont versées uniquement par l'entremise de l'employeur

Les personnes soussignées attestent qu'elles

- ont rempli la demande conformément à la vérité,
- ont pris connaissance du droit de percevoir une seule allocation complète par enfant,
- savent qu'elles sont passibles de sanctions pénales en faisant de fausses déclarations ou en dissimulant des faits essentiels,
- ont pris acte du fait que toute prestation perçue à tort doit être restituée,
- ont pris note de l'obligation de communiquer sans tarder à l'employeur ou à la caisse de compensation tout changement intervenu dans la situation familiale de l'employé(e) et pouvant influer sur le droit à l'allocation.

Date et signature de l'employé(e)

Date, timbre et signature de l'employeur

Feuille annexe à la „Demande d’allocations familiales »

Informations concernant le compagnon/la compagne (conjoint/e) actuel(le)

Nom		Prénom		Numéro d'AVS (n° AVS)	
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"/> Partenariat enregistré		<input type="checkbox"/> partenariat dissous		<input type="checkbox"/> divorcé(e)	
<input type="checkbox"/> veuve/veuf		Depuis le (date)			
Adresse: rue / n°		NPA / Localité		Coordonnées (n° de téléphone, adresse courriel, etc.)	
Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIJM ou Amat est-elle perçue? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
Si oui: quelle prestation et par quel office ou caisse est-elle versée					
Une activité dépendante est-elle exercée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				Canton du lieu de travail	Revenu annuel soumis à l'AVS prévisible ?
Si oui: nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur					
Une indscription auprès d'une caisse de compensation en tant qu'indépendant (IND) ou personne sans activité lucrative (PSAL) existe-t-elle ? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL					
Si oui, auprès de quelle caisse de compensation ?					

Explications concernant les abréviations

AI	Assurance invalidité
AC	Assurance chômage
LAA	Assurance accidents
AIJM	Assurance indemnités journalières en cas de maladie
Amat	Allocation de maternité