

## Demande d'allocations familiales pour salarié-e

### 1 Données de l'employeur du / de la requérant-e (\* à remplir par l'employeur)

|  |                       |                    |                    |
|--|-----------------------|--------------------|--------------------|
| No. d'affilié (MR)*  | Nom / Raison sociale* | Employé-e du / au* | Canton de travail* |
| Autres employeurs: nom / raison sociale, adresse, contact (téléphone, courriel, etc.), personne de contact |                       |                    |                    |

#### Informations importantes

- Toute demande remplie de manière incomplète et/ou sans justificatifs adéquats ne pourra pas être traitée.
- Si pour des raisons de protection des données, il vous était impossible de répondre à l'une ou l'autre des questions, nous vous prions de bien vouloir apporter la mention «protection des données» dans la case correspondante.
- Lors de modifications ultérieures des données veuillez remplir un nouveau formulaire.

### 2 Requérant-e (données obligatoires)

|  |  |   |
|--|--|---|
| Nom  | Prénom   | Nationalité   |
| Date de naissance  | Sexe<br><input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin | No. d'assuré (No. AVS)  |
| Etat civil: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié-e <input type="checkbox"/> séparé-e <input type="checkbox"/> divorcé-e <input type="checkbox"/> veuf-ve <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissout |  |   |
| → depuis quand (date exacte) : .....   |  |   |
| Adresse de domicile: Rue / No. NPA / Localité / Canton / Pays (si hors CH)   |  | depuis quand?   |
| Demande pour: <input type="checkbox"/> Allocations familiales<br><input type="checkbox"/> Allocations de naissance / d'adoption <input type="checkbox"/> Allocations différentielles   |  | A partir de quelle date faites-vous la demande d'allocations? |

### 3 Autre parent/beau-parent (données obligatoires)

Si l'autre parent/beau-parent n'est pas le / la partenaire actuel-le (s'applique aussi au partenariat enregistré), veuillez compléter le formulaire complémentaire « Autres bénéficiaires potentiels » pour ce/cette partenaire actuel-le. Si l'enfant vit avec l'autre parent et son nouveau conjoint / partenaire, veuillez nous indiquer les données de cette personne moyennant ledit formulaire complémentaire.

|  |   |                        |
|--|---|------------------------|
| Nom  | Prénom  | Nationalité            |
| Date de naissance  | Sexe<br><input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin  | No. d'assuré (No. AVS) |
| Etat civil: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié-e <input type="checkbox"/> séparé-e <input type="checkbox"/> divorcé-e <input type="checkbox"/> veuf-ve <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissout |   |                        |
| → depuis quand (date exacte) : .....   |   |                        |
| Adresse de domicile: Rue / No. NPA / Localité / Canton / Pays (si hors CH)   |   | depuis quand?          |
| L'autre parent a-t-il / elle exercé (ou exerce) une activité salariée depuis la date de début (pt. 2)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | Est-ce que la personne mentionnée sous la rubrique 3 est affiliée auprès d'une autre caisse de compensation en tant que personne exerçant une activité lucrative indépendante? <input type="checkbox"/> oui, depuis: ..... (date de début) <input type="checkbox"/> non |                        |
| du : ..... (date de début)   | Si oui, caisse de compensation:   |                        |
| au : ..... (date de fin)   | Canton/s de travail / Pays (si hors CH) :   |                        |
| Nom de l'employeur, adresse:   |   |                        |
| Canton/s de travail / Pays (si hors CH) :  |   |                        |
| Le revenu mensuel moyen soumis à l'AVS (salaire déterminant) de l'autre parent (rubrique 3) est-il supérieur à CHF 592.-? (total de toutes les activités salariées) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | Lequel des parents perçoit le salaire déterminant le plus élevé (basé sur le salaire annuel brut y. c. 13 <sup>ème</sup> salaire mensuel, gratification, bonus, etc.) ?   |                        |
|  | Nom : ..... Prénom : .....  |                        |

**4 Enfants jusqu'à 25 ans révolus** Pour plus de six enfants, veuillez remplir un formulaire supplémentaire.

| Enfant | Nom | Prénom | No. d'assuré<br>(No. AVS)**<br>(756.xxxx.xxxx.xx) | Date de<br>naissance | m / f | incap. au<br>travail<br>oui | Lien de parenté du / de la<br>réquerant-e avec l'enfant*** |                          |                          |                          |                          |   |
|--------|-----|--------|---|----------------------|-------|-----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
|        |     |        |   |                      |       |                             | L  | A                        | C                        | R                        | F                        | N |
| 1      |     |        |   |                      |       | <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"/> |   |
| 3      |     |        |   |                      |       | <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"/> |   |
| 5      |     |        |   |                      |       | <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"/> |   |

\*\* Le numéro d'assuré (No. AVS) des enfants résidants en Suisse vous a été communiqué par la caisse maladie. Généralement vous trouvez ce numéro sur la carte d'assurance maladie ou bien sur la police d'assurance. Pour les enfants résidants à l'étranger veuillez prendre contact avec la personne responsable des allocations familiales auprès de votre entreprise.

\*\*\* L=Enfant légitime, A=Enfant adopté, C=Enfant du conjoint / partenaire enregistré-e, R=Enfant recueilli, F=Frère / Sœur, N=Petit-enfant

**5 En cas de parents séparés de fait / divorcés**

| Enfant | Avec qui l'enfant réside-t-il la majeure partie du temps? |  |   |  |
|--------|---|--|---|--|
|        | réside la plupart du temps au<br>foyer de la mère         | réside la plupart du temps au<br>foyer du père | réside à parts égales au<br>foyer de la mère et du père | ni au foyer de la mère ni du père<br>(joindre attestation de domicile) |
| 1      | <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"/>   |
| 3      | <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"/>   |
| 5      | <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"/>   |

**6 Pour la demande d'allocations familiales, joindre les copies des documents suivants:**

- Citoyens suisses:  Livret de famille (parents et enfants) ou acte de naissance et acte de mariage
- Ressortissants étrangers:  Parents: titre de séjour et acte de mariage  
 Enfants: titre de séjour et acte de naissance
- Personnes célibataires:  Acte de naissance, déclaration de la reconnaissance et accord sur l'attribution de l'autorité parentale, déclaration concernant l'autorité parentale conjointe (le cas échéant)
- Personnes séparées ou divorcées:  Extrait de la convention de séparation ou du jugement de divorce certifiant la garde et l'autorité parentale des enfants
- Pour les enfants à partir de 16 ans:  Attestation de la formation en cours /  contrat d'apprentissage /  certificat médical attestant l'incapacité d'exercer une activité lucrative
- Pour les enfants vivant à l'étranger:  Passeport, D: Familienstammbuch; F: Fiche familiale de l'état civil; I: Certificato di stato di famiglia; Autres pays: extrait du registre des naissances ou le formulaire E401;  
**Tout document non rédigé dans une langue nationale suisse doit être traduit par un bureau officiel de traduction ou par les autorités compétentes**  
 Pour les enfants bénéficiant d'une allocation à l'étranger : une confirmation de l'institution payant les «Allocations familiales» de l'Etat de résidence (ou formulaire E411)

**7 Confirmation de la demande**

Les soussigné-e requérant-e et autre parent confirment avec leurs signatures:

- que les données déclarées sont complètes et conformes à la vérité;
- avoir pris connaissance qu'on ne peut bénéficier que d'une seule allocation par enfant;
- lorsque le / la bénéficiaire ou l'autre parent sont au bénéfice d'indemnités journalières d'invalidité ou de prestations de l'assurance chômage, ils s'engagent à communiquer à l'office des prestations versées le présent droit aux allocations familiales;
- qu'ils prennent acte que toute fausse déclaration et/ou déclaration donnée volontairement inexacte est passible de sanctions pénales en vertu du droit en vigueur;
- que les allocations perçues à tort devront être restituées;
- qu'il / elle s'engage à signaler immédiatement à l'employeur (ainsi automatiquement à la Caisse d'allocations familiales) toute modification de la situation familiale et des données indiquées dans le présent formulaire;
- qu'il / elle autorise les organes d'exécution à obtenir des informations auprès des institutions et offices de droit public ou privé, des employeurs ainsi que d'autres offices.

Date et signature du / de la requérant-e (valable uniquement avec signature)

Date, timbre et signature de l'employeur

Date et signature de l'autre parent / beau-parent (valable uniquement avec signature)