

Demande d'allocations familiales

(Ce formulaire est valable uniquement pour tout droit prenant naissance à partir du 01.01.2009)

1 Réquerant / Réquerante

Nom		Prénom		Numéro d'assuré (no 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 / no		NPA / Localité		joignable au (téléphone, email, 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 ou caisse est-elle versée?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Êtes-vous travailleur non salarié (indépendant) ?		Oui		Non	

2 Employeur

Nom		Numéro de décompte	
La personne est employée du / au		Lieu de travail (canton)	
Adresse: rue / no		NPA / Localité	
Autres employeurs / nom, adresse, joignable au (téléphone, adresse email, etc.), personne de contact		Revenu annuel soumis à l'AVS présumé	
		joignable au (téléphone, email, etc.)	

3 Autre parent

Nom		Prénom		Numéro d'assuré (no 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 / no		NPA / Localité		joignable au (téléphone, email, etc.)	
Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou Amat est-elle perçue? Si oui: quelle prestation et par quel office ou caisse est-elle versée?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Une activité en tant que personne employée est-elle exercée? Si oui: nom, adresse et téléphone de l'employeur		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Canton du lieu de travail	
				Qui va probablement gagner davantage? Réquerant/Réquerante <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/>	
Une inscription auprès d'une caisse de compensation et en tant que personne de condition indépendante (IND) ou sans activité lucrative (NA) existe-t-elle? Si oui, auprès de quelle caisse de compensation?		<input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> NA			

Si l'autre parent et le partenaire, resp. le partenaire actuel(le) sont deux personnes distinctes, veuillez remplir la feuille annexée à la présente demande.

4 Enfant(s) jusqu'à 25 ans maximum

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

Informations générales

Enfant	Nom	Prénom	Date de naissance	m / f	vit au sein de votre ménage		Rapport du demandeur ou de la demandeuse à l'enfant						sans act. lucrative oui	
					Oui	Non**	N*	A*	C*	R*	FS*	PF*		
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"/>

*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 de 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 au sein du ménage du Réquerant, resp. de la Réquerante

Enfant	Formation				Revenu annuel	Adresse du domicile de l'enfant (Rue/no, NPA/localité, pays)
	Début	Fin	Type	Institution de formation		
1						
2						
3						
4						
5						

5 Autres informations

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

Si oui: joindre une attestation de la caisse de compensation compétente

6 Les documents suivants doivent être joints à la demande

Personnes de nationalité suisse:	Copie du livret de famille (parents et naissances) ou acte de naissance de l'enfant/des enfants et acte de mariage
Personnes de nationalité étrangère:	Parents: livret pour étrangers et acte de mariage Enfants: livret pour étrangers et acte de naissance Confirmation actuelle du service compétent pour les prestations familiales dans l'Etat de résidence de l'enfant Les documents qui ne sont pas rédigés dans une des langues officielles suisses doivent être traduits par un traducteur reconnu
Personnes célibataires:	Acte de naissance de l'enfant/des enfants, reconnaissance en paternité, déclaration de l'autorité parentale conjointe
Personnes divorcées ou séparées:	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
Dans tous les cas:	Attestation de l'autre prestataire d'allocation (selon chiffre 1, 3)

7 Remarques importantes / attestation de la personne qui dépose la demande

Remarques importantes

- Seules les demandes remplies de manière complète et accompagnées de tous documents et annexes requis seront traitées.
- Le versement par l'employeur d'allocations pour enfants avant réception de la décision d'allocations 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, 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 Réquerant ou de la Réquerante

Date, timbre et signature de l'employeur

Annexe à la Demande d'allocations familiales

Informations concernant le partenaire, resp. la partenaire actuel(le)

Nom		Prénom		Numéro d'assuré (no 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 / no		NPA / Localité		joignable sous (téléphone, email, etc.)	
Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM 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 en tant que personne employée est-elle exercée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				Canton du lieu de travail	Qui va probablement gagner davantage?
Si oui: Attestation de la caisse de compensation concerné, qu'aucune alloc. est rémunéré et nom, adresse et téléphone de l'employeur					Réquérant/Réquérante <input type="checkbox"/>
					Partenaire actuel(le) <input type="checkbox"/>
Une inscription auprès d'une caisse de compensation et en tant que personne de condition indépendante <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL (IND) ou 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
AIM	Assurance indemnités journalières en cas de maladie
Amat	Allocation de maternité