

4 Enfant/s jusqu'à 25 ans maximum

Si vous devez annoncer plus de 5 enfants, veuillez remplir une deuxième demande.

Informations générales

| Nom / Prénom ----- Numéro d'assuré(e) | Date de naissance ----- Sexe (m/f) | domicile ----- NPA / Localité | Revenu propre de l'enfant ** | Rapport du demandeur ou de la demandeuse à l'enfant | | | | | | incap. de travailler Oui *** |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| | | | | N* | A* | C* | R* | FS* | PF* | |
| 756. | | | CHF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 756. | | | CHF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 756. | | | CHF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 756. | | | CHF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 756. | | | CHF | <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, R = enfant recueilli, FS = frère/sœur, PF = petit-fils/petite-fille

** Revenu propre (salaire, rente, indemnité journalière, revenu de la fortune)

*** Enfants incapables de travailler pour cause de maladie ou d'infirmité

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 avec une date de radiation de la caisse de compensation compétente

6 Les documents suivants doivent être joints à la demande

Les documents qui ne sont pas rédigés dans une des langues officielles suisses, **doivent** être traduits par un traducteur reconnu.

- | | |
|---|---|
| Dans tous les cas: | - Copie du livret de famille (parents et naissance) ou acte de naissance de l'enfant/des enfants et acte de mariage - Confirmation de la perception des prestations (AC, LAA, AIM, AI), si l'un de ces prestations ont été perçues par une personne nommée dans la demande. - Copie du certificat de radiation de la dernière caisse d'allocations familiales ayant versé des prestations ou le refus original motivé au nom de l'autre parent. |
| Personne de nationalité étrangère: | - Parents: livret pour étrangers et acte de mariage - Enfants: livret pour étrangers et acte de naissance |
| Personnes divorcées ou séparées: | - Extrait du jugement de divorce ou de séparation concernant le droit de garde |
| Personnes célibataires : | - Reconnaissance d'enfant - Contrat de la garde des enfants - Contrat de la garde des enfants avec l'autorité parentale conjointe |
| Pour les enfants âgés de 16 ans jusqu'à 25 ans: | - Attestation de formation actuelle / certificat médical en cas d'incapacité de gain - Contrat d'apprentissage - Certificat scolaire - Attestation de stage - Certificat d'étude |
| Pour les enfants avec domicile à l'étranger: | - Formulaire E411 (Confirmation actuelle du service compétent pour les prestations familiales dans l'Etat de résidence de l'enfant) |

| |
|--|
| Date et signature du/de la requérant(e) |
| |

| |
|---|
| Date, timbre et signature de l'employeur |
| |

Prière de prêter attention aux remarques importantes à la page suivante!

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

Remarques importantes

- Seules les demandes dûment et complètement remplies accompagnées de tous les 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.

Les personnes soussignées attestent

- 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.

Prière de remettre le formulaire rempli au service personnel de votre employeur. Celui-ci vérifie l'intégralité des données et fait parvenir le formulaire à la caisse d'allocations familiales compétente. Si vous voulez envoyer le formulaire vous-même, laissez votre employeur remplir le chiffre 2 de la présente demande et de signer le formulaire.

Feuille annexe à la "Demande d'allocations familiales pour personne employée"

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

| | | | | | |
|---|--|----------------|---------------------------|---|--|
| Nom | | Prénom | | Numéro d'assuré (no AVS) 756. | |
| 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 <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous | | | | Depuis le (date) | |
| Adresse: rue / no | | NPA / Localité | | Joignable au (téléphone, email) | |
| 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 Si oui : nom, adresse et téléphone de l'employeur | | | Canton du lieu de travail | Votre salaire est-il plus élevé que celui obtenu du requérant ou de la requérante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| 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? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> NA Si oui, auprès de quelle caisse de compensation? | | | | | |
| Date et signature du partenaire/de la partenaire actuel(le) | | | | | |

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