

Demande d'allocations familiales

1. Requéran(t)e

Nom		Prénom		Date de naissance	
No AVS (si connu: nouveau numéro à 13 positions)		Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Nationalité	
Requéran(t) d'asile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous					
Adresse: rue / N°			NPA / Lieu		Pays
Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)				A partir de quand demandez-vous l'allocation? (date)	

1.1 Questions sur le/la requérant(e)

Exercez-vous une activité lucrative? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Etes-vous au chômage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, depuis quand? (date)
Exercez-vous une activité indépendante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, dans quel canton décomptez-vous les cotisations AVS	Quel est votre revenu annuel soumis à l'AVS?
Etes-vous en congé de maternité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	Jusqu'au? (date)
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à une maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	
Etes-vous durablement incapable d'exercer une activité lucrative suite à l'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	A combien de pour cent?

1.2 Détails sur l'employeur

Nom			
Adresse: rue / No		NPA / Lieu	Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)
Employé(e) depuis / jusqu'au	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu annuel soumis à l'AVS

A remplir s'il y a d'autres employeurs

Nom			
Adresse: rue / No		NPA / Lieu	Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)
Employé(e) depuis	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu annuel soumis à l'AVS



2. Conjoint(e) ou concubin(e)

Le chiffre 3 est à compléter uniquement si l'autre parent et le partenaire actuel ne sont pas identiques.

Nom		Prénom		Date de naissance	
No AVS (si connu: nouveau numéro à 13 positions)		Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Nationalité	
Requérant d'asile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous					
Adresse: rue / N°		NPA / Lieu		Pays	
Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)					
Père / mère des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Beau-père / belle-mère des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Père nourricier / mère nourricière des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si vous subvenez principalement aux besoins des enfants)	
Etes vous le père / la mère ou le beau-père / la belle-mère ou le père nourricier / la mère nourricière de tous les enfants sous chiffre 4? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, ceci ne s'applique qu'aux enfants des lignes.....à.....sous chiffre 4					

2.1 Questions sur le/la conjoint(e) ou concubin(e)

Exercez-vous une activité lucrative? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Etes-vous au chômage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, depuis quand? (date)
Exercez-vous une activité indépendante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, dans quel canton décomptez-vous les cotisations AVS?	Revenu soumis à l'AVS par rapport au conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas
Etes-vous en congé de maternité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	Jusqu'à? (date)
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à une maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	
Etes-vous durablement incapable d'exercer une activité lucrative suite à l'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	A combien de pour cent?

2.2 Détails sur l'employeur

Nom			
Adresse: rue / No		NPA / Lieu	Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)
Employé(e) depuis	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu soumis à l'AVS par rapport au conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas

A remplir s'il y a d'autres employeurs

Nom			
Adresse: rue / No		NPA / Lieu	Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)
Employé(e) depuis	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu soumis à l'AVS par rapport au conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas



3. Parent divorcé ou séparé

Nom		Prénom		Date de naissance	
No AVS (si connu: nouveau numéro à 13 positions)		Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Nationalité	
Requérant d'asile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous					
Adresse: rue / N°			NPA / Lieu		Pays
Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)					
Père / mère des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Beau-père / belle-mère des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Père nourricier / mère nourricière des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si vous subvenez principalement aux besoins des enfants)	
Etes vous le père / la mère ou le beau-père / la belle-mère ou le père nourricier / la mère nourricière de tous les enfants sous chiffre 4? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, ceci ne s'applique qu'aux enfants des lignes.....à.....sous chiffre 4					

3.1 Questions sur le parent divorcé ou séparé

Exercez-vous une activité lucrative? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Etes-vous au chômage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, depuis quand? (date)		
Exercez-vous une activité indépendante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, dans quel canton décomptez-vous les cotisations AVS?		Revenu soumis à l'AVS par rapport au ex-conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas	
Etes-vous en congé de maternité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, depuis quand? (date)		Jusqu'au? (date)	
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à une maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, depuis quand? (date)		
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, depuis quand? (date)		
Etes-vous durablement incapable d'exercer une activité lucrative suite à l'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, depuis quand? (date)		A combien de pour cent?	

3.2 Détails sur l'employeur

Nom					
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)	
Employé(e) depuis		Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu soumis à l'AVS par rapport au ex-conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas	

A remplir s'il y a d'autres employeurs

Nom					
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)	
Employé(e) depuis		Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu soumis à l'AVS par rapport au ex-conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas	



4. Enfants

Enfant	Nom	Prénom(s)	Date de naissance	m/f	Vit dans votre ménage		Relation du/de la requérant(e) avec l'enfant				Incapable d'exercer une activité lucrative Oui
					Oui	Non**	P*	A*	L*	N*	
1					<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"/>
3					<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"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* P = enfant propre, A = enfant adopté, L = enfant d'un autre lit, N = enfant en nourrice

**Non = Si l'enfant ne vit pas au sein du ménage du requérant, veuillez indiquer l'adresse de domicile dans le tableau.

Informations complémentaires pour enfants en formation

Enfant	Type de formation					Revenu annuel	Adresse de domicile de l'enfant (rue / No, NPA / lieu, pays)
	E♦	Et♦	A♦	S♦	I♦		
1	<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"/>		
3	<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"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

♦ E = écolier, Et = étudiant, A = apprenti, S = stagiaire, I = incapable d'exercer une activité lucrative

5. Remarques importantes / Attestation et signature

Remarques importantes

- Seules les demandes remplies de manière complète et accompagnées de tous les documents/annexes requis seront traitées (voir feuille jointe).
- Le versement d'allocations familiales avant la réception d'une notification d'allocations correspondante se fait aux risques de l'employeur.

Le/la requérant(e) atteste

- avoir rempli le formulaire de demande conformément à la vérité et prend connaissance
- qu'une seule allocation complète peut être perçue par enfant,
- qu'il/elle s'expose à des sanctions pénales en faisant de fausses déclarations ou en dissimulant des faits essentiels,
- que toute prestation perçue à tort devra être restituée,
- qu'il/elle a l'obligation de communiquer sans tarder à l'employeur ou à la caisse de compensation tout changement important de sa situation familiale influençant le droit des allocations familiales.

Lieu et date

Signature du/de la requérant(e)

L'employeur atteste avoir rempli le formulaire de demande conformément à la vérité.

Lieu et date

Signature et timbre de l'employeur

