

Demande d'allocations familiales

1. Requéran(t)e

Nom		Prénom		Date de naissance	
No AVS (13 chiffres)		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					Depuis quand (date):
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Pays	
Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)			A partir de quand demandez-vous l'allocation? (date)		
Quelle prestation voulez-vous demander? <input type="checkbox"/> Allocation de naissance <input type="checkbox"/> Allocation familiale <input type="checkbox"/> Allocation différentielle intercantonale			La mère de l'enfant reside-t-elle en Suisse? <input type="checkbox"/> Oui, depuis <input type="checkbox"/> Non		

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 pourcentages?

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 (13 chiffres)		Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Nationalité	
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					Depuis quand (date):
Adresse: rue / No			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		Si oui, le revenu minimum de CHF 612.- par mois ou CHF 7'350.- par an est-il atteint? <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'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 pourcentages?	

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 (13 chiffres)		Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Nationalité	
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					Requérant d'asile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse: rue / No		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		Si oui, le revenu minimum de CHF 612.- par mois ou CHF 7'350.- par an est-il atteint? <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 pourcentages?	

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. Questions complémentaires

Des allocations familiales ont-elles déjà été perçues pour les enfants cités au point 4?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, d'où ont été perçues les allocations familiales?		
<input type="checkbox"/> Suisse / Canton:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Etranger / Etat:	<input type="text"/>	
Si oui, par qui ont été perçues les allocations familiales? Nom, prénom, date de naissance)	Depuis quand?	Jusqu'à quand?

valable pour tous les enfants au point 4 valable uniquement pour les enfants des lignes



6. Documents à joindre à la demande en copie

En général pour tous les requérants:	- Copie du livret de famille ou l'acte de naissance officiel des enfants
- Pour les enfants ont atteint l'âge de 15 ans et se trouvant en formation post-obligatoire: - Pour les enfants qui ont atteint l'âge de 16 ans:	- Confirmation de scolarité actuel ainsi que le formulaire "certificat de scolarité". Vous trouvez le formulaire sous www.fageba.ch - Certificat médical ou décision d'invalidité en cas d'incapacité de travail
Etrangers avec domicile en Suisse:	- Tous les ressortissants étrangers (UE / AELE) qui résident en Suisse, sont priés de joindre les titres de séjour de tous les membres de la famille
Domicile des enfants à l'étranger:	- Confirmation actuelle ou le formulaire E411 de l'administration compétente de l'Etat de residence des enfants donnant des informations sur le droit aux allocations familiales
Personnes célibataires:	- Acte de naissance des enfants - Reconnaissance en paternité - Accord de garde des enfants (s'il existe)
Personnes divorcées ou séparées:	- Extrait du jugement de divorce ou de séparation concernant les droits parentaux et de garde (s'il n'y a pas de jugement, l'attestation de domicile des enfants)

Les documents qui ne sont pas rédigés dans une langue officielle suisse ou en anglais, doivent être traduits par un interprète agréé.

7. Remarques importantes / Attestation et signature

Remarques importantes

- Seules les demandes remplies de manière complète et accompagnées de tous les documents / annexes requis seront traitées. Dans les cas particuliers, la caisse d'allocations familiales peut demander des documents supplémentaires.
- 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,
- s'engage à communiquer immédiatement à l'employeur ou à la caisse de compensation tous les changements de situation familiale qui peuvent influencer le droit aux 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

Questions

Si vous avez des questions, notre équipe de la Familienausgleichskasse für das Basler Gewerbe se tient à votre disposition au numéro de téléphone 061 227 50 83 ou par e-mail à info@fageba.ch.

