

## Formulaire complémentaire «Autres bénéficiaires potentiels»

Valable uniquement avec le formulaire rempli «Demande d'allocations familiales pour indépendant-e»

Dans le cas où l'autorité parentale sur les enfants n'existe pas pour l'un des deux parents, veuillez compléter les données suivantes pour d'autres bénéficiaires potentiels:

- partenaire actuel-le du / de la parent-e ayant l'autorité parentale
- frères, sœurs ou grands-parents ayant l'autorité parentale
- parents nourriciers avec l'autorité parentale

Nom		Prénom		Nationalité
Date de naissance	Sexe <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		depuis quand?
Exercez-vous une activité salariée ? du (date de début) : ..... au (date de fin) : .....			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Est-ce que l'autre bénéficiaire potentiel-le est affilié-e auprès d'une autre caisse de compensation en tant que personne exerçant une activité lucrative indépendante? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, depuis: ..... (date de début)	
Canton/s de travail		Le revenu mensuel moyen soumis à l'AVS est-il supérieur à CHF 587.-? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Le revenu mensuel soumis à l'AVS) est-il supérieur à celui du / de la requérant-e? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		

### Informations importantes / Confirmation de la demande

- Toute demande remplie de manière incomplète et/ou sans justificatif adéquat 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.

#### Les soussigné-e-s requérant-e et autre bénéficiaire potentiel-le confirment avec leurs signatures:

- que les données déclarées son exactes;
- avoir pris connaissance qu'on ne peut bénéficier que d'une seule allocation par enfant;
- lorsque le / la bénéficiaire ou l'autre parent-e 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 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 et signature de l'autre bénéficiaire potentiel-le (valable uniquement avec signature)
------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------