

Demande d'allocations familiales pour indépendant-e

1 Données de l'activité lucrative du / de la requérant-e

No. d'affilié (SE)	Indépendant-e du / au	Canton de travail	Revenu annuel soumis à l'AVS (provisoire)
Autres employeurs: nom / raison sociale, adresse, contact (téléphone, courriel, etc.), personne de contact			

2 Requérant-e

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?
Demande pour: <input type="checkbox"/> Allocations familiales <input type="checkbox"/> Allocations de naissance / d'adoption <input type="checkbox"/> Allocations différentielles		A partir de quelle date faites-vous la demande d'allocations?

3 Autre parent-e (donnée obligatoire)

Si l'autre parent-e n'est pas le / la partenaire actuel-le, veuillez compléter le formulaire complémentaire pour ce partenaire actuel-le.

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 ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		Est-ce que la personne mentionnée sous la rubrique 3 est affiliée 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)
du (date de début) : au (date de fin) :		
Canton/s de travail	Le revenu mensuel moyen soumis à l'AVS de l'autre parent-e (rubrique 3) est-il supérieur à CHF 587.-? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
	Le revenu mensuel soumis à l'AVS de l'autre parent-e (rubrique 3) est-il supérieur à celui du / de la requérant-e (rubrique 2) ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

4 Enfants jusqu'à 25 ans révolus Pour plus de six enfants, veuillez SVP remplir un formulaire supplémentaire.

Enfants	Nom	Prénom(s)	No. d'assuré (No. AVS)* (756.xxxx.xxxx.xx)	Date de naissance	m / f	incap. au travail oui	Lien de parenté du / de la requérant-e avec l'enfant**					
							L	A	C	R	F	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"/>
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Le numéro d'assuré (No. AVS) des enfants résidants en Suisse vous a été communiqué par la caisse maladie. Généralement vous trouvez ce numéro sur la carte d'assurance maladie ou bien sur la police d'assurance. Pour les enfants résidants à l'étranger veuillez prendre contact avec la personne responsable des allocations familiales auprès de votre entreprise.

** L=Enfant légitime, A=Enfant adopté, C=Enfant du conjoint / partenaire enregistré-e, R=Enfant recueilli, F=Frère / Sœur, N=Petit-enfant

5 En cas de parents séparés de fait / divorcés

enfant	Avec qui l'enfant réside-t-il la majeure partie du temps?			
	réside la plupart du temps au foyer de la mère	réside la plupart du temps au foyer du père	réside à parts égales au foyer de la mère et du père	ni au foyer de la mère ni du père (joindre attestation de domicile)
1	<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"/>
3	<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"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Pour la demande d'allocations familiales, joindre les copies des documents suivants:

Citoyens suisses:	Livret de famille (parents et enfants) ou acte de naissance et acte de mariage
Ressortissants étrangers:	Parents: titre de séjour et acte de mariage Enfants: titre de séjour et acte de naissance
Personnes célibataires:	Acte de naissance, déclaration de la reconnaissance et accord sur l'attribution de l'autorité parentale, déclaration concernant l'autorité parentale conjointe <small>(le cas échéant)</small>
Personnes séparées ou divorcées:	Extrait de la Convention de séparation ou du jugement de divorce certifiant la garde et l'autorité parentale des enfants
Pour les enfants à partir de 16 ans:	Attestation de la formation en cours / contrat d'apprentissage / certificat médical attestant l'incapacité d'exercer une activité lucrative
Pour les enfants <u>vivant à l'étranger</u> :	Passeport, D: Familienstammbuch; F: Fiche familiale de l'état civil; I: Certificato di stato di famiglia ; Autres pays: extrait du registre des naissances ou le formulaire E401 ; Tout document non rédigé dans une langue nationale suisse doit être traduit par un bureau officiel de traduction ou par les autorités compétentes Pour les enfants bénéficiant d'une allocation à l'étranger : une confirmation de l'institution payant les «Allocations familiales» de l'Etat de résidence (ou formulaire E411)

7 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 parent-e 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 parent-e (valable uniquement avec signature)