

**Demande d'allocations familiales pour:**  **Salarié(e)s**  
 **Indépendant(e)s**  
 **Allocation de différence intercant.**  
 **Allocation de naissance**

**1 Requirant / Requirante (salarié/e et/ou indépendant/e)**

– Prière de tenir compte absolument du point 8 au verso! –

Nom		Prénom		Numéro d'assuré/e (no AVS)	
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"/> veuf/veuve depuis (date) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous					
Adresse: Rue / no		NPA/ Lieu		Joignable par (tél., e-mail, etc.)	
A partir de quand demandez-vous l'allocation (date)?		Touchez-vous une prestation *AI, AC, LAA, AIM ou Amat? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui: quelle prestation et par quel office ou quelle caisse est-elle versée? <small>* Explication des abréviations, voir „Feuille annexe à la demande d'allocations familiales“</small>			

**2 Employeur**

Nom		Numéro de décompte			
Emploi du / au		Lieu de travail (canton)		Salaire annuel présumé de la personne requérante d'au moins CHF 7'170.00? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
La personne requérante travaille-t-elle <u>toute l'année</u> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, comment? _____					
Adresse: Rue / no.		NPA / Lieu		Joignable par (tél., e-mail, etc.)	

**3 Indépendant/e et/ou employé/e chez plusieurs employeurs**

Avez-vous une activité accessoire en tant que salarié/e?  Oui  Non Si, oui, veuillez faire remplir le **point 2** par l'employeur.  
Avez-vous d'autres employeurs?  Oui  Non Si, oui, veuillez indiquer le nom, le lieu et la personne de contact.

**4 Autre parent**

Si l'autre parent et le/la partenaire actuel/le sont deux personnes distinctes, veuillez remplir la feuille annexée à la présente demande.

Nom		Prénom		Numéro d'assuré/e (no AVS)	
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"/> veuf/veuve depuis (date) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous					
Adresse: Rue /no		NPA / Lieu		Joignable par (tél., e-mail, etc.)	
Une prestation de l'*AI, AC, LAA, AIM ou Amat est-elle touchée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui: quelle prestation et par quel office ou quelle caisse est-elle versée?					

#### 4 Suite autre parent

Une activité en tant que personne employée est-elle exercée?  Oui  Non  
Si oui: nom, adresse et no de téléphone de l'employeur

Canton du lieu de travail

Qui va probablement toucher le salaire le plus élevé?

Requérant/e   
Autre parent

Existe-t-il une inscription auprès d'une caisse de compensation en tant qu'indépendant/e (IND) ou de personne sans activité lucrative (NA)?  IND  NA  
Si oui, auprès de quelle caisse de compensation?

#### 5 Enfant(s) jusqu'à 25 ans maximum)

Si vous deviez annoncer plus de 4 enfants, veuillez remplir une autre page 2 (Enfants) (Téléchargement de notre page d'accueil [www.ahvpk.ch](http://www.ahvpk.ch))

##### Indications générales

Enfant	Nom	Prénom(s)	Date de naissance	m / f	Vit au sein de votre ménage		Rapport du/ de la requérant/e à l'enfant						Incapable d'exercer une act. lucrative	
					Oui	Non**	N*	A*	C*	R*	FS*	PF*		Oui
1														
2														
3														
4														

\*N = enfant naturel, A = enfant adopté, C = enfant du conjoint de l'ayant droit, R = enfant recueilli, FS = frère/soeur, PF = petit-fils, petite-fille

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

##### Indications complémentaires pour enfants en formation et/ou ne vivant pas au sein du ménage du/ de la requérant/e

Enfant	Formation			Institution de formation	Revenu annuel	Adresse du domicile de l'enfant (Rue/no, NPA/Localité, pays)
	Début	Fin	Type			
1						
2						
3						
4						

#### 6 Autres indications

Une autre personne perçoit-elle ou a-t-elle perçu une allocation pour l'un des enfants mentionnés au chiffre 5 de la présente demande?  Oui  Non

Si oui: joindre une attestation de la caisse de compensation compétente

#### 7 Les documents suivants doivent être joints à la demande

Personnes de nationalité suisse:	Copie du livret de famille (parents et naissances) ou acte de naissance de l'enfant/des enfants et acte de mariage
Personnes de nationalité étrangère:	Parents: livret pour étrangers et acte de mariage (ou similaire) Enfants: livret pour étrangers et acte de naissance Confirmation du service compétent pour les prestations familiales dans l'Etat de résidence des enfants (E411) Les documents qui ne sont pas rédigés dans l'une des langues officielles suisses <b>doivent être traduits</b>
Personnes célibataires:	Acte de naissance de l'enfant/des enfants, reconnaissance en paternité, contrat d'entretien
Personnes divorcées ou séparées:	Extrait du jugement de divorce ou de séparation concernant le droit de garde
Pour les enfants de plus de 16 ans:	Attestation de formation / certificat médical en cas d'incapacité de gain
Dans tous les cas:	Attestation d'évent. prestations versées par d'autres assurances sociales (AC, AI, AIM, etc.)

#### 8 Remarques importantes / Confirmation de la demande

##### Remarques importantes

- Seules les demandes remplies de manière complète et 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 au risque de ce dernier.

##### La personne soussignée atteste

- 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 pouvant avoir une incidence sur le droit à l'allocation.

Date et signature du/ de la requérant/e

Date, timbre et signature de l'employeur

# Feuille annexe à la «Demande d'allocations familiales»

## Indications relatives au/à la partenaire actuel/le.

Nom		Prénom		Numéro d'assuré/e (no AVS)	
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"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> partenariat dissous <input type="checkbox"/> divorcé/e			depuis(date) <input type="checkbox"/> veuf, veuve		
Adresse: Rue / no		NPA / Lieu		Joignable par (téléphone, e-mail, etc.)	
Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou Amat est-elle touchée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui: Quelle prestation et par quel office ou quelle 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 no de téléphone de l'employeur			Canton du lieu de travail		Qui va probablement toucher le salaire le plus élevé? Requérant/e <input type="checkbox"/> Partenaire actuel/le <input type="checkbox"/>
Existe-t-il une inscription auprès d'une caisse de compensation en tant qu'indépendant/e ou personne sans activité lucrative? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> NA Si oui, auprès de quelle caisse de compensation?					

## Explications des abréviations

AI	Assurance invalidité
AC	Assurance chômage
LAA	Assurance accidents
AIM	Assurance indemnités journalières en cas de maladie
Amat	Allocation de maternité