

## Demande d'allocations familiales

### Personne requérante

Je suis:  **Employé(e)**  **Indépendant(e)**  **Sans activité lucrative**

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Numéro AVS: \_\_\_\_\_

Sexe:  Homme  Femme

État civil:  Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf/Veuve

Partenariat enregistré  Partenariat dissous Dès le (date): \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Requérant d'asile:  **Oui**  **Non**

Joignable au (téléphone, e-mail): \_\_\_\_\_

À partir de quelle date demandez-vous l'allocation: \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous des prestations de l'AI, AC, AA, IJM, AMat\*?  **Non**  **Oui**, je bénéficie des prestations de: \_\_\_\_\_

\* AI = Assurance-invalidité, AC = Assurance-chômage, AA = Assurance-accidents, IJM = Assurance-maladie indemnité journalière, AMat = Allocation de maternité

### Employeur

Numéro de décompte: \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

La personne requérante est/était employée du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Taux d'occupation de la personne requérante en %: \_\_\_\_\_ Lieu de travail (canton): \_\_\_\_\_

Le revenu annuel prévu de la personne requérante dépassera-t-il CHF 6'960.-?  **Oui**  **Non**

Autres employeurs (nom, adresse, joignable au [téléphone, e-mail], personne de contact): \_\_\_\_\_

Chez quel employeur le revenu annuel sera plus élevé? \_\_\_\_\_



## Autre parent

Si l'autre parent et le partenaire actuel sont deux personnes distinctes, veuillez remplir en plus le point «Partenaire».

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Numéro AVS: \_\_\_\_\_

Sexe:  Homme  Femme

État civil:  Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf/Veuve

Partenariat enregistré  Partenariat dissous Dès le (date): \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Requérant d'asile: \_\_\_\_\_

Oui  Non

Est-ce que l'autre parent est employé?  Non  Oui. Nom, adresse et téléphone de l'employeur: \_\_\_\_\_

Lieu de travail (canton): \_\_\_\_\_

Taux d'occupation en %: \_\_\_\_\_

Le revenu annuel prévu dépassera-t-il celui de la personne requérante? \_\_\_\_\_

Oui  Non

Le revenu annuel prévu dépassera-t-il CHF 6'960.-? \_\_\_\_\_

Oui  Non

Est-ce que l'autre parent est inscrit auprès d'une caisse de compensation comme personne de condition indépendante ou personne sans activité lucrative?  Non  Oui, comme personne  de condition indépendante

sans activité lucrative Caisse de compensation compétente: \_\_\_\_\_

L'autre parent bénéficie-t-il des prestations de l'AI, AC, AA, IJM, AMat\*?  Non  Oui, il/elle bénéficie des prestations de: \_\_\_\_\_

## Partenaire

A remplir uniquement si la personne inscrite sous point «Autre parent» ne correspond pas au partenaire actuel.

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Numéro AVS: \_\_\_\_\_

Sexe:  Homme  Femme

État civil:  Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf/Veuve

Partenariat enregistré  Partenariat dissous Dès le (date): \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Requérant d'asile: \_\_\_\_\_

Oui  Non

Est-ce que le partenaire actuel est employé?  Non  Oui. Nom, adresse et téléphone de l'employeur: \_\_\_\_\_



Lieu de travail (canton): \_\_\_\_\_

Taux d'occupation en %: \_\_\_\_\_

Le revenu annuel prévu dépassera-t-il celui de la personne requérante?  **Oui**  **Non**

Le revenu annuel prévu dépassera-t-il CHF 6'960.-?  **Oui**  **Non**

Est-ce que le partenaire est inscrit auprès d'une caisse de compensation comme personne de condition indépendante ou personne sans activité lucrative?  **Non**  **Oui**, comme personne  de condition indépendante

sans activité lucrative Caisse de compensation compétente: \_\_\_\_\_

Le partenaire bénéficie-t-il des prestations de l'AI, AC, AA, IJM, AMat\*?  **Non**  **Oui**, il/elle bénéficie des prestations de: \_\_\_\_\_

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

Si vous voulez annoncer plus de 5 enfants, veuillez remplir un autre formulaire.

### Indications générales:

Enfant	Nom	Prénom(s)	Date de naissance	Sexe		Vit au sein de votre ménage		Rapport de la personne requérante à l'enfant						Incapable de travail Oui		
				M	F	Oui	Non**	N*	A*	C*	R*	FS*	PF*			
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* N = enfant naturel, A = enfant adopté, C = enfant d'un autre lit, R = enfant recueilli, FS = frère/sœur, PF = petit-fils/petite-fille

\*\* Non = si l'enfant ne vit pas au sein de votre ménage, veuillez indiquer l'adresse dans la table suivante

Informations complémentaires pour enfants en formation et/ou ne vivant pas au sein de votre ménage:

Enfant	Formation				Revenu annuel	Adresse du domicile de l'enfant (Rue, Numéro, NPA, Localité, Pays)
	Début	Fin	Type	Institution de formation		
1						
2						
3						
4						
5						



## Autres informations

Une autre personne bénéficie-t-elle ou a-t-elle bénéficié des allocations pour un des enfants mentionnés?  Non  Oui

Nom du bénéficiaire: \_\_\_\_\_

Caisse de compensation compétente: \_\_\_\_\_

Jusqu'au (date): \_\_\_\_\_

## Veillez joindre les documents suivants à cette demande

- Suisses: acte de mariage, copie du livret de famille (parents et enfants) ou acte de naissance des enfants
- Étrangers (parents): copie des permis de séjour et acte de mariage
- Étrangers (enfants): copie des permis de séjour et acte de naissance
- Pour les enfants domiciliés à l'étranger: confirmation actuelle du service compétent pour les prestations familiales dans l'État de résidence des enfants (formulaire E-411)
- Personnes célibataires: acte de naissance des enfants, reconnaissance en paternité, convention 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 actuelle ou certificat médical en cas d'incapacité de travail
- Si une autre prestation est perçue: attestation du fournisseur qui verse les prestations (AI, AC, AA, IJM, AMat)

Les documents qui ne sont pas rédigés dans une des langues officielles suisses doivent être traduits par un traducteur reconnu.

## Indications importantes/Attestation de la demande

- Seules les demandes complètement remplies et accompagnées de tous documents/annexes peuvent être traitées.
- Le versement des allocations familiales avant réception de la décision écrite correspondante se fait au risque de l'employeur.

## La personne requérante confirme

- avoir rempli la demande conformément à la vérité.
- avoir pris connaissance que par enfant, une seule allocation complète peut être perçue.
- être consciente de s'exposer à des sanctions pénales en faisant de fausses déclarations ou en dissimulant des faits essentiels.
- être consciente 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.

Remarques: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu et date

Signature de la personne requérante

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

À signer et renvoyer.

Institution GastroSuisse

**GastroSocial**  
Ausgleichskasse  
Caisse de compensation  
Cassa di compensazione

Heinerich Wirri-Strasse 3  
Case postale  
5001 Aarau

T 062 837 71 71  
F 062 837 72 97  
info@gastrosocial.ch  
www.gastrosocial.ch

