

Demande d'allocations familiales pour indépendant-e

1 Données 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			

Informations importantes

- Toute demande remplie de manière incomplète et/ou sans justificatifs adéquats 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.
- Lors de modifications ultérieures des données veuillez remplir un nouveau formulaire (devoir légal d'annonce).

2 Requérant-e (données obligatoires)

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 / Pays (si hors CH)		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/beau-parent (données obligatoires)

Si l'autre parent/beau-parent n'est pas le / la partenaire actuel-le (s'applique aussi au partenariat enregistré), veuillez compléter le formulaire complémentaire « Autres bénéficiaires potentiels » pour ce/cette partenaire actuel-le. Si l'enfant vit avec l'autre parent et son nouveau conjoint / partenaire, veuillez nous indiquer les données de cette personne moyennant ledit formulaire complémentaire.

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 / Pays (si hors CH)		depuis quand?

Est-ce que la personne mentionnée sous la rubrique 3 a-t-elle exercé (ou exerce) une ou plusieurs activité/s salariée/s depuis la date de début de la période demandée? (pt. 2)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du:(date de début) 1.// 2.// 3.// 4. au:(date de fin) 1.// 2.// 3.// 4. nom/s et adresse/s des employeurs (tous mentionner svp.): 1. 2. 3. 4. Canton/s de travail / pays (si hors Suisse):	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"/> oui, depuis: (date de début) <input type="checkbox"/> non Si oui, nom de la caisse de compensation compétente: Canton/s de travail / pays (si hors Suisse):
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le revenu mensuel moyen soumis à l'AVS (salaire déterminant) de l'autre parent/beau-parent (rubrique 3) est-il supérieur à CHF 612.--?
 (total de toutes les activités salariées : indépendantes et employées) oui non

Lequel des parents perçoit le salaire déterminant le plus élevé en tant qu'employé (basé sur le salaire annuel brut y. c. 13^{ème} salaire mensuel, gratification, bonus, etc.) ?
 Nom : Prénom :

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

Enfant	Nom	Prénom	No. d'assuré (No. AVS)** (756.xxxx.xxxx.xx)	Date de naissance	m / f	incap. au travail oui	Lien de parenté du / de la réquerant-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"/>

** 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"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date
2	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date
3	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date
4	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date
5	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date	<input type="checkbox"/> depuis: date

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

Citoyens suisses:	<input type="checkbox"/> Livret de famille (parents et enfants) ou acte de naissance et acte de mariage
Ressortissants étrangers:	<input type="checkbox"/> Parents: titre de séjour et acte de mariage <input type="checkbox"/> Enfants: titre de séjour et acte de naissance
Personnes célibataires:	<input type="checkbox"/> Acte de naissance, déclaration de la reconnaissance et accord sur l'attribution de l'autorité parentale, déclaration concernant l'autorité parentale conjointe (le cas échéant)
Personnes séparées ou divorcées:	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Attestation de la formation en cours / <input type="checkbox"/> contrat d'apprentissage / <input type="checkbox"/> certificat médical attestant l'incapacité d'exercer une activité lucrative / <input type="checkbox"/> formulaire Enfant en formation
Pour les enfants en formation postobligatoire à partir de 15 ans (valable dès 01.08.2020):	<input type="checkbox"/> Attestation de la formation en cours (formation postobligatoire) / <input type="checkbox"/> contrat d'apprentissage / <input type="checkbox"/> formulaire Enfant en formation /
Pour les enfants vivant à l'étranger:	<input type="checkbox"/> 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 (ou anglais) doit être traduit par un bureau officiel de traduction ou par les autorités compétentes
	<input type="checkbox"/> Attestation actuelle établie par l'autorité compétente pour les allocations familiales du pays de domicile des enfants, p. ex. E411 ou document analogue qui tient compte des situations assimilées à l'activité lucrative telles les périodes d'interruption temporaire du travail pour cause de maladie, maternité, accident ou chômage - aussi long qu'un salaire ou des indemnités journalières soient versés; congé payé ou non-payé (p. ex. pour se consacrer à l'éducation des enfants), etc.

7 Confirmation de la demande

Les soussigné-e requérant-e et autre parent confirment avec leurs signatures:

- que les données déclarées sont complètes et conformes à la vérité;
- avoir pris connaissance qu'on ne peut bénéficier que d'une seule allocation par enfant;
- lorsque le / la bénéficiaire ou l'autre parent 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 (devoir légal d'annonce);
- 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/beau-parent (valable uniquement avec signature)