



## Demande d'allocations familiales pour indépendants et personnes sans activité lucrative Canton de

indépendant  personne sans activité lucrative

### 1 Requérant/e

|   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|
| Nom   |  | Prénom  |  | Numéro d'assuré (no AVS)<br>756.   |  |
| Date de naissance   |  | Sexe<br><input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin  |  | Nationalité  |  |
| Etat civil<br><input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuve/veuf<br><input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous |  |   |  | Requérant/e d'asile<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |
| Adresse: rue / no   |  | NPA / Localité / État   |  | Joignable au (téléphone, email)  |  |
| A partir de quelle date l'allocation est-elle demandée  |  | Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou Amat* est-elle perçue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui: quelle prestation et par quel office ou caisse est-elle versée? |  |  |  |

### 2 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 (no AVS)<br>756.   |                           |
| Date de naissance   |  | Sexe<br><input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin |  | Nationalité  |                           |
| Etat civil<br><input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuve/veuf<br><input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous |  |  |  | Depuis le (date)   |                           |
| Adresse: rue / no   |  | NPA / Localité / État  |  | Joignable au (téléphone, email)  |                           |
| Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou Amat* est-elle perçue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui: quelle prestation et par quel office ou caisse est-elle versée?   |  |  |  |  |                           |
| Une activité en tant que personne employée est-elle exercée?<br>Si oui: nom, adresse et téléphone de l'employeur  |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  |  | Depuis le (date)   | Canton du lieu de travail |
|   |  |  |  | Votre salaire est-il plus élevé que celui obtenu par le/la requérant/e?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                           |
| Une inscription auprès d'une caisse de compensation et en tant que personne de condition indépendante (IND) ou sans activité lucrative (NA) existe-t-elle?<br>Si oui, auprès de quelle caisse de compensation? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> NA                         |  |  |  |  |                           |
| Date et signature de l'autre parent   |  |  |  |  |                           |

\*Les différentes abréviations sont expliquées dans la feuille annexée à la "Demande d'allocations familiales pour personne employée".

### 3 Informations sur le revenu

|   |                                  |             |              |
|---|----------------------------------|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> indépendant                      | Canton                           | Requérant/e | Autre parent |
|   | Revenu                           | CHF         | CHF          |
| <input type="checkbox"/> personne sans activité lucrative | Canton                           | Requérant/e | Autre parent |
|   | Revenu imposable (impôt fédéral) | CHF         | CHF          |
| <input type="checkbox"/> femme/homme de ménage            | Canton                           | Requérant/e | Autre parent |
|   |                                  |             |              |





#### 4 Enfant/s jusqu'à 25 ans maximum

Si vous devez annoncer plus de 5 enfants, veuillez remplir une deuxième demande.

##### Informations générales

| Nom / Prénom<br>-----<br>Numéro d'assuré(e) | Date de naissance<br>-----<br>Sexe (m/f) | domicile<br>-----<br>NPA / Localité | Revenu propre de<br>l'enfant ** | Rapport du demandeur ou de la<br>demandeuse à l'enfant |                          |                          |                          |                          |                          | incap. de<br>travailler<br>Oui *** |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|   |  |                                     |                                 | N*   | A*                       | C*                       | R*                       | FS*                      | PF*                      |                                    |
| 756.  |  |                                     | CHF                             | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
| 756.  |  |                                     | CHF                             | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
| 756.  |  |                                     | CHF                             | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
| 756.  |  |                                     | CHF                             | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
| 756.  |  |                                     | CHF                             | <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 du conjoint, R = enfant recueilli, FS = frère/sœur, PF = petit-fils/petite-fille

\*\* Revenu propre (salaire, rente, indemnité journalière, revenu de la fortune)

\*\*\* Enfants incapables de travailler pour cause de maladie ou d'infirmité

#### 5 Autres informations

Une autre personne perçoit-elle ou a-t-elle perçu une allocation pour l'un des enfants mentionnés au chiffre 4 de la présente demande ?  Oui  Non

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

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

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

- |  |   |
|--|---|
| Dans tous les cas:                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie du livret de famille (parents et naissance) ou acte de naissance de l'enfant/des enfants et acte de mariage</li> <li>- Confirmation de la perception des prestations (AC, LAA, AIM, AI), si l'un de ces prestations ont été perçues par une personne nommée dans la demande.</li> <li>- Copie du certificat de radiation de la dernière caisse d'allocations familiales ayant versé des prestations ou le refus original motivé au nom de l'autre parent.</li> </ul> |
| Personne de nationalité étrangère:                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parents: livret pour étrangers et acte de mariage</li> <li>- Enfants: livret pour étrangers et acte de naissance</li> </ul>  |
| Personnes divorcées ou séparées:                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Extrait du jugement de divorce ou de séparation concernant le droit de garde</li> </ul>  |
| Personnes célibataires :                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconnaissance d'enfant</li> <li>- Contrat de la garde des enfants</li> <li>- Contrat de la garde des enfants avec l'autorité parentale conjointe</li> </ul>   |
| Pour les enfants âgés de 15 ans jusqu'à 25 ans:      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attestation de formation actuelle / certificat médical en cas d'incapacité de gain</li> <li>- Contrat d'apprentissage - Certificat scolaire - Attestation de stage - Certificat d'étude</li> </ul>   |
| Pour les enfants avec domicile à l'étranger:         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulaire E411 (Confirmation actuelle du service compétent pour les prestations familiales dans l'Etat de résidence de l'enfant)</li> </ul>   |
| Indépendants /<br>personnes sans activité lucrative: | <ul style="list-style-type: none"> <li>- impôt fédérale direct (définitive)</li> </ul>  |

|   |
|---|
| <b>Date et signature du/de la requérant/e</b> |
|---|

**Prière de prêter attention aux remarques importantes à la page suivante!**

## 7 Remarques importantes / attestation de la personne qui dépose la demande

### Remarques importantes

- Seules les demandes dûment et complètement remplies accompagnées de tous les documents et annexes requis seront traitées.

### Les personnes soussignées attestent

- avoir rempli la demande conformément à la vérité,
  - 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 la caisse de compensation, tout changement intervenu dans sa situation familiale et pouvant avoir une incidence sur le droit à l'allocation.
-



## Feuille annexe à la "Demande d'allocations familiales pour indépendants et personnes sans activité lucrative"

### Informations concernant le/la partenaire actuel/le

|   |  |  |                           |   |  |
|---|--|--|---------------------------|---|--|
| Nom   |  | Prénom   |                           | Numéro d'assuré (no AVS)<br>756.  |  |
| Date de naissance   |  | Sexe<br><input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin |                           | Nationalité   |  |
| Etat civil<br><input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuve/veuf<br><input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous |  |  |                           | Depuis le (date)  |  |
| Adresse: rue / no   |  | NPA / Localité / État  |                           | Joignable au (téléphone, email)   |  |
| Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou Amat est-elle perçue ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui : quelle prestation et par quel office ou caisse est-elle versée?  |  |  |                           |   |  |
| Une activité en tant que personne employée est-elle exercée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui : nom, adresse et téléphone de l'employeur   |  |  | Canton du lieu de travail | Votre salaire est-il plus élevé que celui obtenu du/de la requérant/e?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |
| Une inscription auprès d'une caisse de compensation et en tant que personne de condition indépendante (IND) ou sans activité lucrative (NA) existe-t-elle? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> NA<br>Si oui, auprès de quelle caisse de compensation?                         |  |  |                           |   |  |
| Date et signature du/de la partenaire actuel/le   |  |  |                           |   |  |

### Explications concernant les abréviations

|      |   |
|------|---|
| AI   | Assurance invalidité                                |
| AC   | Assurance chômage                                   |
| LAA  | Assurance accidents                                 |
| AIM  | Assurance indemnités journalières en cas de maladie |
| Amat | Allocation de maternité                             |
| PC   | Prestations complémentaires                         |