MILCH- & LANDWIRTSCHAFTLICHE ORGANISATIONEN
ORGANISATIONS LAITIÈRES ET AGRICOLES
ORGANIZZAZIONI LATTIERE ED AGRICOLE

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 78
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
www.ahvpkmilch.ch

Demande d'allocations familiales pour:

☐ **Salarié(e)s**
☐ **Indépendant(e)s**
☐ **Allocation de différence intercant.**
☐ **Allocation de naissance**

1 Requérant / Requérante (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 ☐ masculin ☐ féminin | Nationalité

Etat civil ☐ célibataire ☐ marié/e ☐ séparé/e ☐ divorcé/e ☐ veuf/veuve ☐ partenariat enregistré ☐ partenariat dissous | depuis (date)

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? ☐ Oui ☐ Non
Si oui: quelle prestation et par quel office ou quelle caisse est-elle versée?
** Explication des abréviations, voir „Feuille annexe à la demande d'allocations familiales"*

2 Employeur

Nom | Numéro de décompte

Emploi du / au | Lieu de travail (canton) | Salaire annuel présumé de la personne requérante d'au moins CHF 7'350.00? ☐ Oui ☐ Non

La personne requérante travaille-t-elle <u>toute l'année</u>? ☐ Oui ☐ 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 ☐ Masculin ☐ Féminin | Nationalité

Etat civil ☐ célibataire ☐ marié/e ☐ séparé/e ☐ divorcé/e ☐ veuf/veuve ☐ partenariat enregistré ☐ partenariat dissous | depuis (date)

Adresse: Rue /no | NPA / Lieu | Joignable par (tél., e-mail, etc.)

Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou Amat est-elle touchée? ☐ Oui ☐ 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 site internet)

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				Revenu annuel	Adresse du domicile de l'enfant (Rue/no, NPA/Localité, pays)
	Début	Fin	Type	Institution de formation		
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 **doivent être traduits**
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
☐ masculin ☐ féminin

Nationalité

Etat civil
☐ célibataire ☐ marié/e ☐ séparé/e ☐ divorcé/e ☐ veuf, veuve
☐ partenariat enregistré ☐ partenariat dissous

depuis(date)

Adresse: Rue / no

NPA / Lieu

Joignable par (téléphone, e-mail, etc.)

Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou Amat est-elle touchée? ☐ Oui ☐ 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? ☐ 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 ☐
Partenaire actuel/le ☐

Existe-t-il une inscription auprès d'une caisse de compensation en tant qu'indépendant/e ou personne sans activité lucrative?
☐ IND ☐ 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