

Formulaire complémentaire «Autres bénéficiaires potentiels»

Valable uniquement avec le formulaire rempli «Demande d'allocations familiales pour indépendant-e»

Dans le cas où la garde pour les enfants n'existe pas pour l'un des deux parents, veuillez compléter les données suivantes pour d'autres bénéficiaires potentiels:

- **mère / père biologique** (si ne pas indiqué sur le formulaire „Demande d'allocations familiales pour indépendant-e„)
- **conjoint-e ou partenaire enregistré-e actuel-le du parent ayant la garde pour l'enfant** (si ne pas indiqué sur le formulaire „Demande d'allocations familiales pour indépendant-e„)
- **frères, sœurs ou grands-parents ayant la garde de l'enfant**
- **parents nourriciers ayant la garde de l'enfant**

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.

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 (autre bénéficiaire potentiel) a exercé (ou exerce) une activité salariée depuis la date de début de la période demandée? du (date de début) : au (date de fin) : Nom de l'employeur, adresse: Canton/s de travail / Pays (si hors CH) :			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est-ce que la personne mentionnée (autre bénéficiaire potentiel) 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, caisse de compensation: Canton/s de travail / Pays (si hors CH) :		
Le revenu mensuel moyen soumis à l'AVS (salaire déterminant) est-il supérieur à CHF 597.--? (total de toutes les activités salariées) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Lequel des parents ou autre bénéficiaire potentiel perçoit le salaire déterminant le plus élevé (basé sur le salaire annuel brut y. c. 13 ^{ème} salaire mensuel, gratification, bonus, etc.) ? Nom : Prénom :		

Confirmation de la demande

Le-s soussigné-e-s requérant-e-s et autre bénéficiaire potentiel-le 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 l'employeur (ainsi automatiquement à la Caisse d'allocations familiales) toute modification de la situation familiale et des données indiquées dans le présent formulaire;
- 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 bénéficiaire potentiel-le (valable uniquement avec signature)
--	--