

Feuille annexe à la "Demande d'allocations familiales pour personne employée"

Informations concernant le partenaire, resp. la partenaire actuel(le) ou autre parent

Nom		Prénom		Numéro d'assuré (no AVS.)	
Date de naissance		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Nationalité	
Requérant d'asile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Adresse: rue / no		NPA / Localité	
Domicilié depuis		joignable au (téléphone, email, etc.)			
Etat civil					
<input type="checkbox"/> célibataire		<input type="checkbox"/> marié(e)		<input type="checkbox"/> séparé(e)	
<input type="checkbox"/> partenariat enregistré		<input type="checkbox"/> partenariat dissous		<input type="checkbox"/> divorcé(e)	
<input type="checkbox"/> veuve/veuf				depuis le (date)	
Une prestation pour perte de gain ou des allocations familiales est-elle perçue (CH/UE/AELE)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui: quelle prestation et par quel office est-elle versée? S.v.p. joindre une attestation de l'office compétent					
Activité lucrative					
<input type="checkbox"/> activité en tant que personne employée <input type="checkbox"/> indépendante <input type="checkbox"/> soumis à contributions comme sans activité lucrative					
<input type="checkbox"/> sans activité lucrative					
Début de votre indication certifié ci-dessus _____					
Si vous avez une activité lucrative: nom, adresse et téléphone de l'employeur ou de la caisse de compensation compétente			Canton du lieu de travail	Qui réalisera le plus haut revenu? Requérant/Requérante <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/>	Salaire de l'autre parent supérieur à CHF 7'350.00/an? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non