

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 7'170.00/an? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	