

A compléter entièrement s.v.p. **spida.**

Demande d'allocations familiales pour personne indépendante

Demande: D'allocations familiales Pour complément différentiel intercantonal (d'allocations familiales) Pour complément différentiel international (d'allocations familiales)

1 Requérant / requérante

Nom		Prénom		Numéro d'assuré (no AVS)	
Date de naissance		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Nationalité	
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"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuve/veuf <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous				Depuis le (date)	
A partir de quelle date l'allocation est-elle demandée		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			

2 Autre parent (mère ou père biologique)

Impérativement nécessaire pour déterminer le concours de droit. Si l'autre parent et le partenaire, resp. la partenaire actuel(le) sont deux personnes distinctes, veuillez remplir la feuille annexée à la présente demande.

Nom		Prénom		Numéro d'assuré (no AVS)		
Date de naissance		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Nationalité		
Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuve/veuf <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous				Depuis le (date)		
Adresse: rue / no		NPA / Localité		Domicilié depuis joignable au (téléphone, email, etc.)		
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	

3 Enfant(s) jusqu'à 25 ans maximum

Si vous devez annoncer plus de 4 enfants, veuillez remplir une deuxième demande.

Informations générales

Enfant	Nom	Prénom	Date de naissance	m / f	Vit au sein de votre ménage		Rapport du demandeur ou de la demandeuse à l'enfant					
					Oui	Non**	N*	A*	C*	R*	FS*	PF*
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<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 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 de la personne qui dépose la demande, veuillez indiquer l'adresse du domicile de l'enfant dans le tableau suivant

Données en rapport avec le droit de garde

Enfant	Droit de garde partagée	Droit de garde exclusive	En cas de garde exclusive (il est) obligatoire de compléter: autorité parentale: nom, prénom
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Informations complémentaires pour enfants en formation et/ou ne vivant pas au sein du ménage du requérant, resp. de la requérante

Enfant	Formation			Revenu annuel supérieur à CHF 29'400.00?		Adresse du domicile de l'enfant (Rue/no, NPA/localité, pays)	Incapacité de gain?	
	Début	Fin	Institution de formation	Oui	Non		Oui	Non
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 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

Tous:	Copie du livret de famille (parents et naissances) ou acte de naissance de l'enfant / des enfants et acte de mariage
Frontaliers:	Confirmation actuelle du service compétent pour les prestations familiales dans l'Etat de résidence de l'enfant (E411)
Documents nécessaires pour:	
- Personnes divorcées avec droit de garde exclusive:	Extrait du jugement de divorce ou de séparation concernant le droit de garde resp. autorité parentale
- Personnes remariées:	Formulaire Feuille annexe à la demande d'allocations familiales
- Enfants plus âgés que 16 ans:	Confirmation de formation ou certificat médical en cas d'incapacité de gain

5 Remarques importantes / attestation de la personne qui dépose la demande

Remarques importantes

- Seules les demandes remplies de manière complète et accompagnées de tous 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 aux risques de ce dernier.

La personne soussignée atteste

- 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 l'employeur, resp. à la caisse de compensation, tout changement intervenu et pouvant avoir une incidence sur le droit à l'allocation.

Date et signature du requérant ou de la requérante