

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 (devoir légal d'annonce).

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?

<p>Est-ce que la personne mentionnée (autre bénéficiaire potentiel) a-t-elle exercé (ou exerce) une activité salariée depuis la date de début de la période demandée? (pt. 2) <input type="checkbox"/> ou <input type="checkbox"/> non</p> <p>du:(date de début) 1.// 2.// 3.// 4.</p> <p>au:(date de fin) 1.// 2.// 3.// 4.</p> <p>nom/s et adresse/s des employeurs (tous mentionner svp.):</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>Canton/s de travail / pays (si hors Suisse):</p> <p>.....</p>	<p>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</p> <p>Si oui, caisse de compensation compétente:</p> <p>Canton de travail / Pays (si hors Suisse) :</p> <p>.....</p>
--	--

Le revenu mensuel moyen soumis à l'AVS (salaire déterminant) de l'autre bénéficiaire potentiel est-il supérieur à CHF 597.--? (total de toutes les activités salariées) oui 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

- Les soussigné-e requérant-e 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 la Caisse d'allocations familiales toute modification de la situation familiale et des données indiquées dans le présent formulaire (devoir légal d'annonce);
 - 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)
--	--