



Demande d'allocations familiales

1 Employeur

Membre affilié		Numéro d'affilié
Le/la requérant/e est employé/e dès le / jusqu'au	Lieu de travail (canton)	Revenu annuel brut en CHF
Personne de contact (tél. / e-mail)		No de pers. du/de la requérant/e

Remarques importantes

- Seules les demandes remplies de manière complète et accompagnées de tous les documents et annexes requis seront traitées.
- Le versement d'allocations familiales avant la réception d'une notification d'allocations correspondante se fait aux risques de l'employeur.

Attestation et signature de l'employeur

L'employeur confirme l'exactitude des données et prend connaissance qu'il s'expose à des sanctions sur la base de l'article 79 LAPG en faisant de fausses déclarations et/ou en dissimulant des faits qui peuvent mener à des versements injustifiés.

Lieu / Date	Timbre et signature de l'employeur
-------------	------------------------------------

2 Requérant/e

Nom	Prénom	No d'assuré AVS
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Nationalité
Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> partenariat dissous		Dès le (date)
Rue / No	NPA / Lieu	Téléphone / E-mail
A partir de quand demandez-vous les allocations (date)?		
Autres employeurs / Nom, adresse, personne de contact (tél., e-mail), lieu de travail (canton), revenu annuel brut		

3a Conjoint/e / Partenaire enregistré(e) du/de la requérant/e

<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère	<input type="checkbox"/> beau-père <input type="checkbox"/> belle-mère	<input type="checkbox"/> père nourricier <input type="checkbox"/> mère nourricière
Nom	Prénom	No d'assuré AVS
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	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"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous		Dès le (date)
Rue / No	NPA / Lieu	Téléphone / E-mail
La personne indiquée sous le point 3a est-elle affilié/e auprès d'une caisse de compensation en tant que personne de condition indépendante ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le revenu minimum annuel de CHF 7'170.- est-il atteint ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
La personne indiquée sous le point 3a exerce-t-elle une activité salariée ? Si oui : nom/s et adresse/s de tous les employeurs, personne(s) de contact (tél., e-mail)		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le revenu minimum annuel de CHF 7'170.- est-il atteint (somme de toutes les activités lucratives) ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le/la conjoint/e / partenaire enregistré(e) (personne 3a) touche-t-il/elle un revenu plus élevé que le/la requérant/e ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

3b Père/Mère de l'enfant

A compléter uniquement si le père/la mère est différent(e) de la personne mentionnée au point 3a.

Nom	Prénom	No d'assuré AVS
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	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"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous		Dès le (date)
Rue / No	NPA / Lieu	Téléphone / E-mail
La personne indiquée sous le point 3b est-elle affilié/e auprès d'une caisse de compensation en tant que personne de condition indépendante ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le revenu minimum annuel de CHF 7'170.- est-il atteint ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
La personne indiquée sous le point 3b exerce-t-elle une activité salariée ? Si oui : nom/s et adresse/s de tous les employeurs, personne(s) de contact (tél., e-mail)		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le revenu minimum annuel de CHF 7'170.- est-il atteint (somme de toutes les activités lucratives) ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le/la père/mère de l'enfant touche-t-il/elle un revenu plus élevé que le/la requérant/e ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

4 Enfant/s jusqu'à 25 ans maximum

Si vous avez plus de 4 enfants à annoncer, nous vous prions de remplir la „feuille complémentaire pour la demande de plus de 4 enfants“.

1^{er} enfant

Nom	Prénom	Date de naissance / Sexe / <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f
Lien de filiation du/de la requérant/e avec l'enfant <input type="checkbox"/> enfant propre <input type="checkbox"/> enfant du conjoint de l'ayant droit		<input type="checkbox"/> enfant recueilli <input type="checkbox"/> frère/soeur <input type="checkbox"/> petits-enfants
Règlement de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> autre :		
Est-ce que l'enfant vit dans le ménage du/de la requérant/e ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : adresse, domicile (canton/pays)		
Est-ce que l'enfant a déjà atteint sa 16 ^{ème} année et est en incapacité de travail ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui : nous vous prions de joindre un certificat médical ou une décision AI		

Pour les enfants dès 16 ans

Type de formation	Institution de formation / Lieu	Revenu de l'enfant* supérieur à CHF 2'390.- par mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-------------------	---------------------------------	---

Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation.

* y compris indemnités journalières (maladie/accident, APG, AC, AI)

2^{ème} enfant

Nom	Prénom	Date de naissance / Sexe / <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f
Lien de filiation du/de la requérant/e avec l'enfant <input type="checkbox"/> enfant propre <input type="checkbox"/> enfant du conjoint de l'ayant droit		<input type="checkbox"/> enfant recueilli <input type="checkbox"/> frère/soeur <input type="checkbox"/> petits-enfants
Règlement de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> autre :		
Est-ce que l'enfant vit dans le ménage du/de la requérant/e ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : adresse, domicile (canton/pays)		
Est-ce que l'enfant a déjà atteint sa 16 ^{ème} année et est en incapacité de travail ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui : nous vous prions de joindre un certificat médical ou une décision AI		

Pour les enfants dès 16 ans

Type de formation	Institution de formation / Lieu	Revenu de l'enfant* supérieur à CHF 2'390.- par mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-------------------	---------------------------------	---

Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation.

* y compris indemnités journalières (maladie/accident, APG, AC, AI)

3^{ème} enfant

Nom	Prénom	Date de naissance / Sexe / <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f
Lien de filiation du/de la requérant/e avec l'enfant <input type="checkbox"/> enfant propre <input type="checkbox"/> enfant du conjoint de l'ayant droit		<input type="checkbox"/> enfant recueilli <input type="checkbox"/> frère/soeur <input type="checkbox"/> petits-enfants
Règlement de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> autre :		
Est-ce que l'enfant vit dans le ménage du/de la requérant/e ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : adresse, domicile (canton/pays)		
Est-ce que l'enfant a déjà atteint sa 16 ^{ème} année et est en incapacité de travail ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui : nous vous prions de joindre un certificat médical ou une décision AI		

Pour les enfants dès 16 ans

Type de formation	Institution de formation / Lieu	Revenu de l'enfant* supérieur à CHF 2'390.- par mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-------------------	---------------------------------	---

Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation.

* y compris indemnités journalières (maladie/accident, APG, AC, AI)

4^{ème} enfant

Nom	Prénom	Date de naissance / Sexe / <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f
Lien de filiation du/de la requérant/e avec l'enfant <input type="checkbox"/> enfant propre <input type="checkbox"/> enfant du conjoint de l'ayant droit		<input type="checkbox"/> enfant recueilli <input type="checkbox"/> frère/soeur <input type="checkbox"/> petits-enfants
Règlement de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> autre :		
Est-ce que l'enfant vit dans le ménage du/de la requérant/e ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : adresse, domicile (canton/pays)		
Est-ce que l'enfant a déjà atteint sa 16 ^{ème} année et est en incapacité de travail ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui : nous vous prions de joindre un certificat médical ou une décision AI		

Pour les enfants dès 16 ans

Type de formation	Institution de formation / Lieu	Revenu de l'enfant* supérieur à CHF 2'390.- par mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation.		

* y compris indemnités journalières (maladie/accident, APG, AC, AI)

5 Documents à joindre

Documents (copies) à joindre à la demande :

Pour tous les requérant/es	Livret de famille (ou certificat de famille ou certificat relatif à l'état de famille enregistré) ou acte de mariage et acte de naissance de l'enfant
Célibataires, concubin/es	Reconnaissance en paternité, convention d'autorité parentale conjointe approuvée par le service de l'état civil ou par l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) du lieu de domicile de l'enfant
Parents séparés / divorcés	Extrait de la convention de séparation ou du jugement de divorce contenant les attestations relatives à l'autorité parentale et / ou à la garde de l'enfant (domicile principal)
Parents nourriciers	Attestation de la gratuité du statut d'enfant recueilli, contrat pour enfant recueilli

*Les documents qui ne sont pas rédigés dans une des langues officielles suisses doivent être traduits par un traducteur / une traductrice reconnu/e.

6 Attestation et signature

Attestation et signature du/de la requérant/e

La personne soussignée atteste avoir rempli le formulaire de demande conformément à la vérité et prend connaissance

- qu'une seule allocation complète peut être perçue par enfant ;
- qu'elle s'expose à des sanctions pénales en faisant de fausses déclarations, en violant son obligation de renseigner ou en dissimulant des faits essentiels pour obtenir des allocations familiales injustifiées ;
- que toute prestation perçue à tort devra être restituée ;
- de son obligation de communiquer sans tarder à l'employeur tout changement important de sa situation personnelle, financière ou professionnelle influençant le droit ou le montant des allocations familiales et
- que la CAF-CFC est autorisée à demander des renseignements auprès des offices de l'état civil compétents concernant les données relatives à l'état civil et à l'autorité parentale.

La CAF-CFC se réserve le droit d'exiger des documents supplémentaires si nécessaire.

Lieu / Date	Signature du/de la requérant/e
-------------	--------------------------------

Caisse d'allocations familiales (CAF), Schwarztorstrasse 59, CH-3003 Berne, Tél. +41 58 462 77 95, Fax +41 58 462 88 71,
fak-eak@zas.admin.ch, www.eak.admin.ch