



Formulaire de mutation pour allocations familiales

1 Employeur

Membre affilié (no d'affilié, nom) :

Personne de contact (nom, tél.) :

Bénéficiaire concerné

Nom :

Numéro AVS :

Prénom :

No de personnel :

Date de naissance :

Sortie ou empêchement de travail du/de la bénéficiaire

du/au:

Raison : fin du rapport de travail accident / maladie congé de maternité
 congé non payé décès autre :

Changement du lieu/canton de travail

dès le:

Lieu de travail :

Canton :

Remarques importantes

- Toute modification de la situation personnelle, financière ou professionnelle qui met un terme au droit aux allocations familiales ou qui conduit à une adaptation des allocations familiales est considérée comme mutation.

- Pour les changements suivants, la CAF-CFC a besoin du formulaire de « demande d'allocations familiales » :

- **Naissance d'un enfant**
- **Adoption d'un enfant**
- **Prise en charge d'un enfant recueilli**
- **Début du rapport de travail**

Attestation et signature de l'employeur

Sur la base de l'information du/de la bénéficiaire d'allocations familiales, l'employeur saisit la mutation dans les 30 jours et se charge d'informer la CAF-CFC.

Lieu/date

Timbre et signature de l'employeur

2 Changements concernant le/la bénéficiaire

Changement de domicile du/de la bénéficiaire	dès le :
Nouvelle adresse :	
Canton de domicile :	
<input type="checkbox"/> Adresse aussi valable pour : <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire actuel(le) <input type="checkbox"/> Père/mère de l'enfant	
<input type="checkbox"/> Enfant(s) :	

Changement d'état civil du/de la bénéficiaire	dès le :
<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"/> fin du partenariat enregistré	

Nous vous prions de joindre un document officiel (livret de famille, certificat de famille, acte de mariage, etc.).

*Règlement de l'autorité parentale :

Pour enfant(s) :

conjointe mère père autre :

Employeur supplémentaire du/de la bénéficiaire	dès le:
Nom :	
Adresse :	
Canton de travail :	Revenu annuel brut :
Nous vous prions de joindre le décompte de salaire de l'employeur respectif.	

Cumul d'allocations familiales		
2 ^{ème} employeur concerné :	Enfant(s) concerné(s) :	Cumul du/au :
Nous vous prions de joindre une copie de la notification d'allocations familiales.		

3 Changements concernant le/la conjoint(e)/partenaire actuel(le) ou père/mère de l'enfant

Changement/nouveau rapport/lieu de travail ou revenu du/de la :	dès le :
<input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire actuel(le) <input type="checkbox"/> Père/mère de l'enfant	
Employeur :	Canton de travail :
Adresse :	
Le revenu minimum annuel de CHF 7'350.- est-il atteint	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-ce que le revenu est plus élevé que celui-ci du/de la bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nous vous prions de joindre une attestation de l'employeur confirmant que des allocations familiales sont versées et si oui pour quel montant.

Droit aux allocations familiales selon l'article 13 al. 3 LAFam du/de la :	
<input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire actuel(le) <input type="checkbox"/> Père/mère de l'enfant	
<input type="checkbox"/> Le salaire mensuel brut atteint dorénavant au moins CHF 612.-	dès le
<input type="checkbox"/> Le salaire mensuel brut atteint dorénavant moins de CHF 612.-	dès le

Nous vous prions de joindre le décompte de salaire de l'employeur respectif.

Changement de domicile du/de la :			dès le :
<input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire actuel(le)	<input type="checkbox"/> Père/mère de l'enfant		
Nouvelle adresse :			
Canton de domicile :			
Changement d'état civil du/de la père/mère de l'enfant			dès le :
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> séparé(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)
<input type="checkbox"/> partenariat enregistré	<input type="checkbox"/> fin du partenariat enregistré		

4 Changements concernant l'enfant

Changement de domicile de l'enfant		dès le :
Enfant(s) concerné(s) :		
Nouvelle adresse :		
Canton de domicile :		
Droit aux allocations de formation		Dès le :
Enfant(s) concerné(s) :		
Formation/Lieu :	Revenu annuel brut :	
Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation.		
Suppression ou interruption du droit aux allocations familiales		
Raison :	Enfant(s) concerné(s) :	Durée :

5 Attestation et signature du/de la bénéficiaire

Toute modification de la situation personnelle, financière ou professionnelle qui influence le droit ou le montant des allocations familiales doit être communiquée à l'employeur dans les 30 jours.

Lieu / Date	Signature du/de la bénéficiaire

→ Veuillez s.v.p. retourner le formulaire rempli à votre service du personnel.

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