



## Formulaire de mutation pour allocations familiales

### 1 Employeur

Membre affilié (no d'affilié, nom) :

Personne de contact (nom, tél.) :

#### Bénéficiaire concerné

Nom :

No 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

<b>Changement de domicile du/de la bénéficiaire</b>	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) :	

<b>Changement d'état civil du/de la bénéficiaire</b>	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 :

<b>Employeur supplémentaire du/de la bénéficiaire</b>	dès le :
Nom :	
Adresse :	
Canton de travail :	Revenu annuel brut :

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

<b>Cumul d'allocations familiales</b>		
2 <sup>ème</sup> 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

<b>Changement/nouveau rapport/lieu de travail ou revenu du/de la :</b>	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 7'170.- 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.

<b>Droit aux allocations familiales selon l'article 13 al. 3 LAFam du/de la :</b>	
<input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire actuel(le) <input type="checkbox"/> Père/mère de l'enfant	
<input type="checkbox"/> Le salaire mensuel brut atteint <b>dorénavant au moins</b> CHF 597.-	dès le
<input type="checkbox"/> Le salaire mensuel brut atteint <b>dorénavant moins de</b> CHF 597.-	dès le

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

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

#### 4 Changements concernant l'enfant

<b>Changement de domicile de l'enfant</b>		dès le :
Enfant(s) concerné(s) :		
Nouvelle adresse :		
Canton de domicile :		
<b>Droit aux allocations de formation</b>		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.		
<b>Suppression ou interruption du droit aux allocations familiales</b>		
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.