



N° d'affilié de l'employeur: _____

DEMANDE DE COMPLEMENT DIFFERENTIEL DE PRESTATIONS FAMILIALES POUR DES ENFANTS DOMICILIES DANS L'UE OU L'AELE

Si les enfants sont issus de plusieurs unions, veuillez remplir un questionnaire par union

REQUÉRANT - REQUÉRANTE

Nom: _____	Prénom: _____
Adresse privée: _____	
N° postal: _____	Localité: _____
Tél. privé: _____	Nationalité: _____
E-mail: _____	
Date de naissance: _____	N° AVS: _____
Etat civil: _____	Depuis le: _____
Permis: _____	
Pour les parents divorcés ou non mariés, qui détient l'autorité parentale? <input type="checkbox"/> la mère <input type="checkbox"/> le père <input type="checkbox"/> partagée	
Nom de l'employeur: _____	
Adresse: _____	
N° postal: _____	Localité: _____
Votre salaire* est-il plus élevé que celui obtenu par l'autre parent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
* Dans certaines situations, le salaire le plus élevé désignera le bénéficiaire des allocations.	

AUTRE PARENT conjoint-e concubin-e ex-conjoint-e partenaire enregistré

Nom: _____	Prénom: _____
Adresse privée: _____	
N° postal: _____	Localité: _____
Date de naissance: _____	Nationalité: _____
Etat civil: _____	Depuis le: _____
Permis: _____	
Situation professionnelle: <input type="checkbox"/> salarié-e <input type="checkbox"/> indépendant-e <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> sans activité lucrative <input type="checkbox"/> agriculteur-trice indépendant-e	
Nom de l'employeur: _____	
Adresse: _____	
N° postal: _____	Localité: _____
Taux d'activité: _____	Canton/pays de travail: _____ Dès le: _____

600-05-03-IV 202309

ACTIVITÉ AUPRÈS D'UN SECOND EMPLOYEUR

Requérant-e	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, depuis le: _____	
Le cas échéant, nom de l'employeur: _____	
Adresse: _____	
N° postal: _____	Localité: _____
Taux d'activité: _____	Canton/pays de travail: _____
Le salaire est-il plus élevé que celui obtenu après de votre premier employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre parent	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, depuis le: _____	
Le cas échéant, nom de l'employeur: _____	
Adresse: _____	
N° postal: _____	Localité: _____
Taux d'activité: _____	Canton/pays de travail: _____
Le salaire est-il plus élevé que celui obtenu après de votre premier employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ENFANTS POUR LESQUELS L'ALLOCATION EST DEMANDÉE

Nom et prénom N° AVS de l'enfant	Date de naissance (jj.mm.aa) Sexe	Adresse de chaque enfant (si différente de celle du requérant)	Revenu propre de l'enfant (salaire, ind. journalières)	L'enfant est-il				
				du mariage du mariage précédent	hors mariage	du conjoint	recueilli ou adopté	
_____ _____ _____	_____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____ _____ _____	Fr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ _____ _____	_____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____ _____ _____	Fr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ _____ _____	_____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____ _____ _____	Fr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ _____ _____	_____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____ _____ _____	Fr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ _____ _____	_____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____ _____ _____	Fr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A REMPLIR PAR LE REQUÉRANT - LA REQUÉRANTE

Les éventuelles prestations doivent être versées sur mon compte bancaire ou postal suivant en Suisse:

Nom de la banque: _____

ou

N° CCP: _____

IBAN N°: _____

Titulaire: _____

Adresse: _____

N° postal: _____ Localité: _____

Le soussigné / la soussignée certifie avoir répondu exactement et complètement à toutes les questions ci-dessus. Il / elle reconnaît à la caisse le droit de demander le remboursement d'allocations indûment touchées.

Date: _____ Signature: _____

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Année:	Temps de travail			Maladie: M ou accident: A		
	Salaire	Complet	Partiel / Temporaire		M ou A	Nombre de jours
Indiquer C		Nombre d'heures	Nombre de jours			
Janvier						
Février						
Mars						
Avril						
Mai						
Juin						
Juillet						
Août						
Septembre						
Octobre						
Novembre						
Décembre						

L'employeur certifie que l'employé est à son service

depuis le: _____ (cas échéant) jusqu'au: _____

Lieu de travail: _____ Canton: _____

Salaire mensuel: Fr. _____ Taux d'activité: _____

Soumis à l'impôt à la source Oui Non

Date: _____ Timbre et signature: _____

DOCUMENTS ET JUSTIFICATIFS À PRÉSENTER (sous forme de copies)

A chaque demande de complément différentiel, il faut joindre une attestation établie par l'organisme compétent du pays de domicile des enfants, **formulaire E411** ou **attestation destinée à l'organisme étranger**, indiquant le montant des prestations payées pour toute l'année civile, mois par mois et enfant par enfant.

Si vous n'avez jamais touché de prestations de notre caisse

- le livret de famille ou le certificat de famille complet; à défaut l'acte de mariage et les actes de naissance des enfants.
- un certificat de radiation de la dernière caisse qui a versé les allocations familiales.

En cas de chômage

- une copie du dernier décompte de chômage.

En cas de séparation ou de divorce

- un extrait des mesures judiciaires indiquant la date, l'attribution de l'autorité parentale et de la garde des enfants.

Pour les enfants de parents non mariés

- l'acte de reconnaissance éventuel.
- la convention sur l'autorité parentale éventuelle.

Pour les enfants de 16 à 20 ans, incapables de travailler en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité

- un certificat attestant l'incapacité de travail de l'enfant ou une décision de l'Al.

Pour les enfants jusqu'à 25 ans, aux études ou en apprentissage

- une attestation de l'établissement d'études mentionnant la période.
- un contrat d'apprentissage.
- une attestation de stage mentionnant le salaire mensuel et la période.

AUCUNE DEMANDE NE SERA PRISE EN CONSIDÉRATION SANS LES PIÈCES JUSTIFICATIVES DEMANDÉES

Dans certains cas, la caisse peut être amenée à demander des renseignements et/ou des documents complémentaires.