



Caisses d'allocations familiales
 Familienzulagekassen
MEROBA – CAFAB – SPIDA – PROMEA

Rue de la Dixence 20
 Case postale
 1951 Sion

Tél. 027 327 51 11 Email : af@bureaudesmetiers.ch
 Site Internet : www.afbm.ch

Employeur:

.....

.....

.....

No entreprise

Canton (si succursale hors du canton du Valais)

DEMANDE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

A compléter **en priorité** par la personne qui exerce son activité lucrative dans le canton de domicile de la famille et qui réalise le salaire le plus élevé.

A) REQUERANT/REQUERANTE AVS : . . .

Nom et prénom

selon permis de séjour (indiquer également le nom de jeune fille)

Date de naissance : . . Sexe : masculin féminin Nationalité : Permis :
jour mois année B/C/G/L/N/F

Adresse : Tél. :
rue/numéro
 Email :
NPA localité

Etat civil célibataire marié(e) dès le veuf/veuve dès le divorcé(e) dès le
 concubinage remarié(e) dès le séparé(e) dès le partenariat dès le

B) SITUATION DU REQUERANT / DE LA REQUERANTE

Activité précédente jusqu'au : . .

Actuel employeur principal

Adresse
rue/numéro

NPA localité

Lieu d'activité

Autre employeur

Adresse
rue/numéro

NPA localité

Lieu d'activité

depuis le : . .

Salaire soumis à l'AVS

mensuel : CHF '

ou annuel : CHF. '

Une prestation de l'AI, AC, AA, AM ou Amat est-elle perçue oui non

Abréviation : assurance-invalidité (AI), assurance-chômage (AC), assurance-accidents (AA), assurance-maternité (Amat)

Si oui, quelle prestation et par quel office ou caisse est-elle versée :

En cas de cumul d'activités lucratives à temps partiel les revenus sont additionnés et le droit est rattaché à l'employeur versant le salaire le plus élevé.

C) ENFANTS DONT LE(LA) REQUERANT(E) SUBVIENT A L'ENTRETIEN

(Enfants biologiques ou adoptés, d'une précédente union, enfants placés, entretenus et élevés gratuitement, frères ou sœurs ou petits-enfants.)

Lien de parenté					
du mariage actuel	du précédent mariage	du conjoint(e)	hors mariage	recueilli / adopté	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom, prénom / N° AVS	Date de naissance	Adresse où vit principalement l'enfant	Revenu
Nom/Prénom : N° AVS : □□□.□□□□.□□□□.□□		CHF
Nom/Prénom : N° AVS : □□□.□□□□.□□□□.□□		CHF
Nom/Prénom : N° AVS : □□□.□□□□.□□□□.□□		CHF
Nom/Prénom : N° AVS : □□□.□□□□.□□□□.□□		CHF

D) SITUATION DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE (en cas de ménage commun)

AVS : □□□.□□□□.□□□□.□□

Nom et prénom
selon permis de séjour (indiquer également le nom de jeune fille)

Date de naissance : □□.□□.□□□□
jour mois année

Nationalité : Permis :
B/C/G/L/N/F

Domicilié(e) à la même adresse que le requérant : oui non
Si non, indiquer l'adresse ci-dessous

Adresse :
rue/numéro
□□□□
NPA/localité

Est-il(elle) salarié(e) indépendant(e)
 au chômage rentier/rentière
 malade/accidenté(e) sans activité lucrative

Si salarié(e), indiquer le nom et adresse de(s) l'employeur(s) ci-dessous

Nom :

Adresse :
rue/numéro
□□□□
NPA/localité

Nom :

Adresse :
rue/numéro
□□□□
NPA/localité

Total des salaires soumis à l'AVS mensuel : CHF □□'□□□
ou annuel : CHF □□□'□□□

Lieu de travail :

S'il(elle) exerce une activité indépendante, à quelle caisse de compensation est-il(elle) affilié(e)

Bénéficie-t-il (elle) d'allocations familiales pour le(s) enfant(s) susmentionné(s) oui non

Si oui, de quelle caisse d'allocations :

E) SITUATION DE L'EX CONJOINT(E) OU DE L'AUTRE PARENT

AVS : □□□.□□□□.□□□□.□□

Nom et prénom
selon permis de séjour (indiquer également le nom de jeune fille)

Date de naissance : □□.□□.□□□□
jour mois année

Nationalité : Permis :
B/C/G/L/N/F

Etat civil :

Adresse :
rue/numéro
□□□□
NPA/localité

Est-il(elle) salarié(e) indépendant(e)
 au chômage rentier/rentière
 malade/accidenté(e) sans activité lucrative

Si salarié(e), indiquer le nom et adresse de(s) l'employeur(s) ci-dessous

Nom :

Adresse :
rue/numéro
□□□□
NPA/localité

Nom :

Adresse :
rue/numéro
□□□□
NPA/localité

Total des salaires soumis à l'AVS supérieurs à CHF 630.- par mois ou à CHF 7'560.- par an oui non

Si l'ex-conjoint(e) exerce une activité indépendante, à quelle caisse de compensation est-il(elle) affilié(e)

Bénéficie-t-il (elle) d'allocations familiales pour le(s) enfant(s) susmentionné(s) oui non

Si oui, de quelle caisse d'allocations :

En cas de cumul d'activités lucratives à temps partiel les revenus sont additionnés et le droit est rattaché à l'employeur versant le salaire le plus élevé.

F) DERNIERES ALLOCATIONS FAMILIALES PERCUES

Les allocations étaient versées en faveur des enfants mentionnés au point C) jusqu'au :

en faveur du requérant(e) conjoint(e)

De quelle caisse d'allocations familiales, employeur ou caisse de chômage avez-vous touché les allocations familiales ?
.....

G) COORDONNEES BANCAIRES OU CCP DU REQUERANT OU DE LA REQUERANTE

H) OBSERVATIONS

Les signataires de la demande s'engagent à nous aviser immédiatement de toute modification de la situation familiale ou lucrative (déménagement, mariage, séparation de fait ou officielle, nouvelle naissance, changement d'activité lucrative, maladie, accident, etc...),

le droit devant être réexaminé.

Faute d'avis donné à temps, le bénéficiaire se verra réclamer personnellement le montant intégral des allocations familiales indûment touché.

Déclaration de consentement :

Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales.

Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet : www.afbm.ch

A compléter par le(la) requérant(e) :

Le, la soussigné(e) certifie avoir répondu de façon complète et véridique à toutes les questions.

Date : Signature :

A compléter par le(la) conjoint(e) ou l'autre parent :

Le, la soussigné(e) renonce à produire une demande d'allocations familiales auprès d'une autre caisse d'allocations familiales ou de chômage, si ce n'est pour un complément différentiel éventuel.

Date : Signature :

A compléter par l'employeur :

L'employeur soussigné atteste que le requérant est à son service depuis le

En qualité de :

Lieu d'activité :
canton

Salaires soumis à l'AVS horaire : CHF ,

Taux d'activité 100% partiel

 mensuel : CHF '

 annuel : CHF '

Lieu et date :

Timbre et signature :

L'employeur susmentionné, certifie que les déclarations de son employé(e) concordent avec les renseignements en sa possession.

Il s'engage à nous aviser sans délai de toute modification.

L'employeur ne devrait pas verser d'allocations familiales sans avoir une autorisation valable de notre Caisse. Les allocations versées à tort par ce dernier, ne seront pas remboursées.

Les documents ci-après doivent être impérativement joints à la demande :

Parents mariés	<p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copie du livret de famille complet (toutes les pages) - Copies de l'acte de mariage et acte de naissance de chaque enfant complets
Parents non mariés	<ul style="list-style-type: none"> - Copie de l'acte de naissance du ou des enfants, - Copie de la reconnaissance de paternité du ou des enfants - Copie de la convention relative à la garde, l'autorité parental et l'entretien du ou des enfants
Parents divorcés ou séparés	<ul style="list-style-type: none"> - Copie du jugement de divorce ou de la convention de séparation faisant mention de la garde et de l'autorité parentale du ou des enfants. - Copie du livret de famille complet (toutes les pages) – (ou copies de l'acte de mariage et acte de naissance de chaque enfant complets)
Personnes de nationalité étrangère	<ul style="list-style-type: none"> - Copies de l'acte de mariage et acte de naissance de chaque enfant - Copies du permis de séjour de toute la famille
Pour les enfants suivant une école de 2^{ème} degré, telle qu'une école de commerce, une école de degré diplôme, ou un collège ainsi que pour tous les enfants de 16 à 25 ans	Copie du justificatif d'études
Pour les enfants en apprentissage	Copie du contrat d'apprentissage (toutes les pages et signé par toutes les parties)
Pour les enfants à charge de 16 à 20 ans incapables d'exercer une activité en raison d'une maladie, une infirmité, ...	Copie d'une attestation médicale justifiant l'incapacité à poursuivre des études ou un apprentissage ou attestation de l'établissement dans lequel l'enfant est placé.
Autres situations	Copie de la décision ou décompte en cas d'autres prestations versées (AI, AC, AA, AM ou Amat,), attestation d'activité indépendante

REMARQUES IMPORTANTES

La demande d'allocations familiales ne peut être présentée qu'à une seule caisse, excepté pour le complément différentiel intercantonal.

Art. 7 LAFam Concours de droits

Lorsque plusieurs personnes peuvent faire valoir un droit aux allocations familiales pour le même enfant en vertu d'une législation fédérale ou cantonale, le droit aux prestations est reconnu selon l'ordre de priorité suivant :

- a. à la personne qui exerce une activité lucrative ;
- b. à la personne qui détient l'autorité parentale ou qui la détenait jusqu'à la majorité de l'enfant ;
- c. à la personne chez qui l'enfant vit la plupart du temps ou vivait jusqu'à sa majorité ;
- d. à la personne à laquelle est applicable le régime d'allocations familiales du canton de domicile de l'enfant ;
- e. à la personne dont le revenu soumis à l'AVS et provenant d'une activité lucrative dépendante est le plus élevé ;
- f. à la personne dont le revenu soumis à l'AVS et provenant d'une activité lucrative indépendante est le plus élevé

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.