

## Demande d'allocations familiales

### 1. Requérant(e)

Nom		Prénom		Date de naissance	
No AVS (13 chiffres)		Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Nationalité	
Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous				Requérant d'asile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Pays	
Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)			A partir de quand demandez-vous l'allocation? (date)		
Quelle prestation voulez-vous demander? <input type="checkbox"/> Allocation de naissance <input type="checkbox"/> Allocation familiale <input type="checkbox"/> Allocation différentielle intercantonale			La mère de l'enfant reside-t-elle en Suisse? <input type="checkbox"/> Oui, depuis <input type="checkbox"/> Non		

#### 1.1 Questions sur le/la requérant(e)

Exercez-vous une activité lucrative? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Etes-vous au chômage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, depuis quand? (date)
Exercez-vous une activité indépendante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, dans quel canton décomptez-vous les cotisations AVS?	Quel est votre revenu annuel soumis à l'AVS?
Etes-vous en congé de maternité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	Jusqu'au? (date)
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à une maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	
Etes-vous durablement incapable d'exercer une activité lucrative suite à l'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand? (date)	A combien de pourcentages?

#### 1.2 Détails sur l'employeur

Nom			
Adresse: rue / No		NPA / Lieu	Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)
Employé(e) depuis / jusqu'au	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu annuel soumis à l'AVS

#### A remplir s'il y a d'autres employeurs.

Nom			
Adresse: rue / No		NPA / Lieu	Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)
Employé(e) depuis	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu annuel soumis à l'AVS

## 2. Conjoint(e) ou concubin(e)

**Le chiffre 3 est à compléter uniquement si l'autre parent et le partenaire actuel ne sont pas identiques.**

Nom		Prénom		Date de naissance	
No AVS (13 chiffres)		Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Nationalité	
Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous					Requérant d'asile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Pays	
Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)					
Père / mère des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Beau-père / belle-mère des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Père nourricier / mère nourricière des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si vous subvenez principalement aux besoins des enfants)	
Etes vous le père / la mère ou le beau-père / la belle-mère ou le père nourricier / la mère nourricière de tous les enfants sous chiffre 4? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, ceci ne s'applique qu'aux enfants des lignes.....à.....sous chiffre 4					

### 2.1 Questions sur le/la conjoint(e) ou concubin(e)

Exercez-vous une activité lucrative? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, le revenu minimum de CHF 612.- par mois ou CHF 7'350.- par an est-il atteint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Etes-vous au chômage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, depuis quand? (date)		
Exercez-vous une activité indépendante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, dans quel canton décomptez-vous les cotisations AVS?		Revenu soumis à l'AVS par rapport au conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas	
Etes-vous en congé de maternité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, depuis quand? (date)		Jusqu'au? (date)	
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à une maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, depuis quand? (date)		
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, depuis quand? (date)		
Etes-vous durablement incapable d'exercer une activité lucrative suite à l'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, depuis quand? (date)		A combien de pourcentages?	

### 2.2 Détails sur l'employeur

Nom					
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)	
Employé(e) depuis	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence		Revenu soumis à l'AVS par rapport au conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas	

**A remplir s'il y a d'autres employeurs.**

Nom					
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)	
Employé(e) depuis	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence		Revenu soumis à l'AVS par rapport au conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas	



### 3. Parent divorcé ou séparé

Nom		Prénom		Date de naissance	
No AVS (13 chiffres))		Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Nationalité		Requérant d'asile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous					Depuis quand (date)
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Pays	
Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)					
Père / mère des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Beau-père / belle-mère des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Père nourricier / mère nourricière des enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si vous subvenez principalement aux besoins des enfants)	
Etes vous le père / la mère ou le beau-père / la belle-mère ou le père nourricier / la mère nourricière de tous les enfants sous chiffre 4? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, ceci ne s'applique qu'aux enfants des lignes.....à.....sous chiffre 4					

#### 3.1 Questions sur le parent divorcé ou séparé

Exercez-vous une activité lucrative? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, le revenu minimum de CHF 612.- par mois ou CHF 7'350.- par an est-il atteint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Etes-vous au chômage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, depuis quand? (date)		
Exercez-vous une activité indépendante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, dans quel canton décomptez-vous les cotisations AVS?		Revenu soumis à l'AVS par rapport au ex-conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas	
Etes-vous en congé de maternité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, depuis quand? (date)		Jusqu'au? (date)	
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à une maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, depuis quand? (date)		
Etes-vous actuellement incapable d'exercer une activité lucrative suite à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, depuis quand? (date)		
Etes-vous durablement incapable d'exercer une activité lucrative suite à l'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, depuis quand? (date)		A combien de pourcentages?	

#### 3.2 Détails sur l'employeur

Nom					
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)	
Employé(e) depuis	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu soumis à l'AVS par rapport au ex-conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas		

#### A remplir s'il y a d'autres employeurs.

Nom					
Adresse: rue / No		NPA / Lieu		Joignable au: (téléphone, e-mail, etc.)	
Employé(e) depuis	Taux d'occupation	Lieu de travail (canton) uniquement si agence	Revenu soumis à l'AVS par rapport au ex-conjoint <input type="checkbox"/> plus haut <input type="checkbox"/> plus bas		



## 4. Enfants

Enfant	Nom	Prénom(s)	Date de naissance	m / f	Vit dans votre ménage		Relation du/de la requérant(e) avec l'enfant				Incapable d'exercer une activité lucrative Oui
					Oui	Non**	P*	A*	L*	N*	
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* P = enfant propre, A = enfant adopté, L = enfant d'un autre lit, N = enfant en nourrice

\*\*Non = Si l'enfant ne vit pas au sein du ménage du requérant, veuillez indiquer l'adresse de domicile dans le tableau.

### Informations complémentaires pour enfants en formation

Enfant	Type de formation					Revenu annuel	Adresse de domicile de l'enfant (rue / No, NPA / lieu, pays)
	E♦	Et♦	A♦	S♦	I♦		
1	<input type="checkbox"/>						
2	<input type="checkbox"/>						
3	<input type="checkbox"/>						
4	<input type="checkbox"/>						
5	<input type="checkbox"/>						

♦ E = écolier, Et = étudiant, A = apprenti, S = stagiaire, I = incapable d'exercer une activité lucrative

## 5. Questions complémentaires

Des allocations familiales ont-elles déjà été perçues pour les enfants cités au point 4?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, d'où ont été perçues les allocations familiales?		
<input type="checkbox"/> Suisse / Canton:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Etranger / Etat:	<input type="text"/>	
Si oui, par qui ont été perçues les allocations familiales? (Nom, prénom, date de naissance)	Depuis quand?	Jusqu'à quand?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

valable pour tous les enfants au point 4  valable uniquement pour les enfants des lignes .....



## 6. Documents à joindre à la demande en copie

En général pour tous les requérants:	- Copie du livret de famille ou l'acte de naissance officiel des enfants
- Pour les enfants ont atteint l'âge de 15 ans et se trouvant en formation post-obligatoire:  - Pour les enfants qui ont atteint l'âge de 16 ans:	- Confirmation de scolarité actuel ainsi que le formulaire "certificat de scolarité". Vous trouvez le formulaire sous <a href="http://www.fak-basel.ch">www.fak-basel.ch</a>  - Certificat médical ou décision d'invalidité en cas d'incapacité de travail
Etrangers avec domicile en Suisse:	- Tous les ressortissants étrangers (UE / AELE) qui résident en Suisse, sont priés de joindre les titres de séjour de tous les membres de la famille.
Domicile des enfants à l'étranger:	- Confirmation actuelle ou le formulaire E411 de l'administration compétente de l'Etat de résidence des enfants donnant des informations sur le droit aux allocations familiales.
Personnes célibataires:	- Acte de naissance des enfants - Reconnaissance en paternité - Accord de garde des enfants (s'il existe)
Personnes divorcées ou séparées:	- Extrait du jugement de divorce ou de séparation concernant les droits parentaux et de garde (s'il n'y a pas de jugement, l'attestation de domicile des enfants).

Les documents qui ne sont pas rédigés dans une langue officielle suisse ou en anglais, doivent être traduits par un interprète agréé.

## 7. Remarques importantes / Attestation et signature

### Remarques importantes

- Seules les demandes remplies de manière complète et accompagnées de tous les documents / annexes requis seront traitées. Dans les cas particuliers, la caisse d'allocations familiales peut demander des documents supplémentaires.
- Le versement d'allocations familiales avant la réception d'une notification d'allocations correspondante se fait aux risques de l'employeur.

### Le/la requérant(e) 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'il/elle s'expose à des sanctions pénales en faisant de fausses déclarations ou en dissimulant des faits essentiels,
- que toute prestation perçue à tort devra être restituée,
- s'engage à communiquer immédiatement à l'employeur ou à la caisse de compensation tous les changements de situation familiale qui peuvent influencer le droit aux allocations familiales.

Lieu et date

Signature du/de la requérant(e)

### L'employeur atteste avoir rempli le formulaire de demande conformément à la vérité.

Lieu et date

Signature et timbre de l'employeur

## Questions

Si vous avez des questions, notre équipe de la Familienausgleichskasse Basler KMU se tient à votre disposition au numéro de téléphone 061 227 50 71 ou par e-mail à [info@fak-basel.ch](mailto:info@fak-basel.ch).

