

## Demande d'allocations familiales pour personnes sans activité lucrative

(Les termes qui désignent des personnes comprennent indistinctement des femmes et des hommes. Par conjoints ou personnes mariées, on entend également les personnes liées par un partenariat enregistré.)

NSS

756.

### I. IDENTITE DU REQUERANT

Nom et prénom _____			
Date de naissance _____ <small>Jour, mois, année</small>	Lieu d'origine _____ <small>Pour les étrangers, nationalité et genre du permis</small>	Permis _____ <small>(B, C, G, L, N ou F)</small>	
Adresse _____ <small>Rue, numéro</small>	Localité _____ <small>Numéro postal, localité</small>	Date d'arrivée _____ <small>jour, mois, année</small>	
Adresse électronique _____			
Etat civil _____ <small>Depuis (indiquer la date)</small>	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> veuf	<input type="checkbox"/> séparé de fait
	<input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> séparé par décision jud. ou selon convention

### II. IDENTITE DES ENFANTS DONT LE REQUERANT DEMANDE LES ALLOCATIONS

- Enfants de moins de 16 ans - Enfants de moins de 25 ans en apprentissage ou en études - Enfants de moins de 20 ans sans activité lucrative pour cause de maladie ou d'infirmité				L'enfant est-il				
				du mariage ou adopté	du mariage précédent	né hors mariage	du conjoint	recueilli
Nom de famille	Prénom	Date naissance	Adresse précise de l'enfant si différente de celle ci-dessus					
1. _____				<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"/>
3. _____				<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"/>
5. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. SITUATION DU REQUERANT, FIN ET DEBUT DU VERSEMENT DES ALLOCATIONS

<b>Etes-vous actuellement : (mettre la ou les croix et informations sous chaque case correspondante)</b>	
<input type="checkbox"/> affilié comme personne sans activité lucrative au sens de l'AVS	
<input type="checkbox"/> bénéficiaire d'une rente de vieillesse de l'AVS	
<input type="checkbox"/> bénéficiaire d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité	
<input type="checkbox"/> salarié (nom et adresse de l'employeur) _____	Revenu annuel brut AVS CHF _____
<input type="checkbox"/> indépendant (nom et adresse de l'entreprise) _____	Revenu annuel brut AVS CHF _____
<input type="checkbox"/> chômage (nom et adresse de caisse de chômage) _____	Revenu annuel brut AVS CHF _____
<input type="checkbox"/> autre situation (femme ou homme au foyer, etc.) _____	
Jusqu'à quand avez-vous touché des AF et par qui ? _____	
Depuis quand demandez-vous à toucher les AF ? _____	

#### IV. IDENTITE

<b>1. DU CONJOINT OU CONCUBIN :</b>	NSS <u>756.</u>	Nom, prénom _____
Date de naissance :	Adresse (si différente du requérant) :	
<b>2. DE L'EX-CONJOINT PARENT DE OU DES ENFANTS :</b>	NSS <u>756.</u>	Nom, prénom _____
Date de naissance :	Adresse complète :	
<b>3. DE L'AUTRE PARENT DE OU DES ENFANTS :</b>	NSS <u>756.</u>	Nom, prénom _____
Date de naissance :	Adresse complète :	

(Si les enfants sont issus de plusieurs parents, remplir les données pour tous les parents des enfants)

#### V. SITUATION DU CONJOINT, EX-CONJOINT OU DE L'AUTRE PARENT DE OU DES ENFANTS

**1. OCCUPATION DU CONJOINT/CONCUBIN**, est-il actuellement (mettre la ou les croix sous chaque case correspondante) :

affilié comme personne sans activité lucrative au sens de l'AVS

bénéficiaire d'une rente de vieillesse de l'AVS

bénéficiaire d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité

salarié (nom et adresse de l'employeur) \_\_\_\_\_ Revenu annuel brut AVS CHF \_\_\_\_\_

indépendant (nom et adresse de l'entreprise) \_\_\_\_\_ Revenu annuel brut AVS CHF \_\_\_\_\_

chômage (nom et adresse de caisse de chômage) \_\_\_\_\_ Revenu annuel brut AVS CHF \_\_\_\_\_

autre situation (femme ou homme au foyer, etc.) \_\_\_\_\_

Jusqu'à quand a-t-il touché des AF et par qui ? \_\_\_\_\_

**2. OCCUPATION DE L'EX-CONJOINT** (du requérant lui-même ou de son conjoint/concubin)

Employeur principal \_\_\_\_\_ Revenu annuel brut AVS CHF \_\_\_\_\_

Autre-s employeur-s \_\_\_\_\_ Revenu annuel brut AVS CHF \_\_\_\_\_

Autre-s occupation-s (femme ou homme au foyer, indépendant, chômage, etc.) \_\_\_\_\_

Jusqu'à quand a-t-il touché des AF et par qui ? \_\_\_\_\_

**3. OCCUPATION DE L'AUTRE PARENT DE OU DES ENFANTS** (du requérant lui-même ou de son conjoint/concubin)

Employeur principal \_\_\_\_\_ Revenu annuel brut AVS CHF \_\_\_\_\_

Autre-s employeur-s \_\_\_\_\_ Revenu annuel brut AVS CHF \_\_\_\_\_

Autre-s occupation-s (femme ou homme au foyer, indépendant, chômage, etc.) \_\_\_\_\_

Jusqu'à quand a-t-il touché des AF et par qui ? \_\_\_\_\_

#### VI. VERSEMENT DES ALLOCATIONS FAMILIALES (Le numéro du compte doit être indiqué en format IBAN)

No du compte postal personnel ou du tiers (pas celui de la banque) : \_\_\_\_\_

Nom de la banque : \_\_\_\_\_

Siège de la banque (indiquer le no postal et le lieu) : \_\_\_\_\_

No du compte bancaire : \_\_\_\_\_

#### VII. DECLARATIONS ET SIGNATURE

Par la signature de ce formulaire, vous attestez avoir pris connaissance de ce qui suit. Les indications figurant sur le formulaire et ses annexes (par exemple les attestations de toute sorte) doivent être véridiques et complètes. Il en est de même des informations ou documents qui nous seront remis par la suite. En cas de modification de la situation (par exemple divorce, séparation de corps, remariage, déménagement dans un autre canton, naissances, décès, reprise d'une activité, interruption des études d'un enfant), il faut nous en informer ou en informer l'agence communale AVS dès que possible. De telles modifications de la situation du conjoint, de l'ex-conjoint ou du concubin doivent également nous être annoncées. Si, malgré nos procédures pour les éviter, des erreurs sont constatées au sujet des informations qui nous ont été données, il faudra immédiatement nous demander de les rectifier.

Nous devons vous mettre en garde que si vous ne vous conformez pas à ce qui précède en vue d'obtenir ou de continuer de percevoir des prestations auxquelles vous n'avez pas ou plus droit, vous risquez des poursuites pénales et une peine de prison pouvant aller jusqu'à une année, ou une peine pécuniaire (article 148a du Code pénal). De plus, les prestations indues devront être restituées.

Date	Courriel	No de téléphone	Signature du requérant
------	----------	-----------------	------------------------

Après l'avoir signé, remettre le questionnaire à l'agence communale AVS de votre lieu de domicile, accompagné des copies des pièces justificatives (livret de famille, contrat d'apprentissage ou attestation d'études, convention ou jugement de séparation, jugement de divorce, attestations spéciales, etc.)

#### VIII. ATTESTATION DE L'AGENCE COMMUNALE AVS

1. Le requérant est-il affilié en tant que non-actif au sens de l'AVS ?  Oui  Non

2. Si ce n'est pas le cas, une demande d'affiliation en tant que non-actif a-t-elle été déposée ?  Oui  Non

3. Les déclarations ont été contrôlées et trouvées exactes :  Oui  Non

4. Date du dépôt de la demande à l'agence communale AVS : \_\_\_\_\_

5. Remarques du préposé : \_\_\_\_\_

Annexes : \_\_\_\_\_ pièces justificatives

Date	Timbre et signature
------	---------------------