

## Demande de complément différentiel (versé par l'employeur)

\_\_\_\_\_  
Numéro d'affilié

Employeur  
\_\_\_\_\_  
Raison sociale

### A remplir par le(la) requérant(e)

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

\_\_\_\_\_  
Nom / Prénom  Madame  Monsieur

Adresse privée

\_\_\_\_\_  
Rue / N°

\_\_\_\_\_  
NPA / Localité

\_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Numéro NSS > remplace le numéro AVS

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Nationalité  
> joindre une copie du permis de séjour pour les étrangers hors UE

Etat civil

Célibataire  Marié(e)  Partenariat enregistré

Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf / veuve

\_\_\_\_\_  
Depuis le

Parents divorcés ou non mariés : qui détient l'autorité parentale ?

La mère  Le père  Partagée

Activité auprès d'un second employeur ?

oui  non

Si oui, nom de l'employeur

\_\_\_\_\_  
Raison sociale

\_\_\_\_\_  
Rue / N°

\_\_\_\_\_  
NPA / Localité

\_\_\_\_\_  
Taux d'activité

\_\_\_\_\_  
Canton / pays de travail

\_\_\_\_\_  
Depuis le

Le salaire est-il plus élevé que celui obtenu  
auprès de votre premier employeur ?

oui  non

### Renseignements concernant l'autre parent

conjoint(e)  ex-conjoint(e)  concubin(e)  partenaire enregistré

Autre  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom / Prénom  Madame  Monsieur

Adresse privée

\_\_\_\_\_  
Rue / N°

\_\_\_\_\_  
NPA / Localité

**Vos situations professionnelle et/ou familiale ont-elles subi des modifications durant l'année écoulée ?**

oui  non

Si oui, lesquelles et à quelles dates ?

Date Motif

Date Motif

**Enfants pour lesquels l'allocation est demandée**

Nom et prénom	Date de naissance	Adresse de chaque enfant > si différente de celle du requérant	Revenu propre de l'enfant > salaire, rente, ind. journalières, revenu de la fortune	l'enfant est-il ?				
				du mariage	du mariage précédent	hors mariage	du conjoint	recueilli ou adopté
Numéro NSS de l'enfant > voir la carte suisse d'assurance maladie	Sexe							
	<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"/>

**L'allocation est demandée à partir de :**

Motifs

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.

Lieu et date

Signature

## A remplir par l'employeur

Année concernée	Temps de travail du(de la) requérant(e)				Absences			Date de fin du rapport de travail
	Temps complet	Temps partiel > une seule rubrique à remplir			Maladie	Accident	Nb jours	
		Nb heures	Nb jours	Pour cent				
Janvier	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Février	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mars	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avril	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mai	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Juin	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Juillet	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Août	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Septembre	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Octobre	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Novembre	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Décembre	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

\_\_\_\_\_ depuis le \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_  
> cas échéant

\_\_\_\_\_ Lieu de travail (canton)      \_\_\_\_\_ Taux d'activité      \_\_\_\_\_ Type de permis > si étranger      \_\_\_\_\_ Salaire mensuel brut

\_\_\_\_\_ Lieu et date      \_\_\_\_\_ Timbre et signature

### Annexes :

- copie de la carte d'identité ou du permis de séjour
- copie du permis de séjour pour les étrangers hors UE
- attestation de paiement ou formulaire E411 en faveur du conjoint (la conjointe) de l'organisme étranger, détaillée par enfant et par mois avec uniquement les éléments exportables et avant retenues
- photocopie du livret de famille (pages des époux et des enfants ou documents officiels équivalents) pour toute première demande auprès de notre Caisse
- en cas de séparation, photocopie de la convention de séparation (autorité parentale, garde et date)
- en cas de divorce, photocopie du jugement de divorce (autorité parentale, garde et date)
- attestation de l'établissement d'études mentionnant le nombre d'heures d'enseignement et couvrant la période faisant l'objet de cette demande de complément différentiel pour les enfants de 16 à 25 ans
- contrat d'apprentissage pour les enfants entre 16 et 25 ans, attesté par l'organisme compétent