

Demande de complément différentiel (versé par la caisse)

Employeur
Numéro d'affilié 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

Coordonnées de paiement (en Suisse)

Nom de l'établissement

Numéro du compte

IBAN

Titulaire

Nom / Prénom

Rue / N°

NPA / 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.

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

L'employé est-il soumis à l'impôt à la source? oui non

_____ 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