



08.2018

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

EMPLOYEUR N° d'affilié:

ALLOCATAIRE

Nom : N° AVS :
 Prénom : Nationalité :
 Rue : Date de naissance :
 NPA - Lieu : Etat civil : dès le
 Canton : Téléphone :

PERMIS DE TRAVAIL (TRAVAILLEUR ÉTRANGER)

Type de permis	dès le	Type de permis	dès le
<input type="checkbox"/> B (séjour)		<input type="checkbox"/> L (courte durée)	
<input type="checkbox"/> C (établissement)		<input type="checkbox"/> F (admission provisoire)	
<input type="checkbox"/> G (frontalier)		<input type="checkbox"/> N (requérant d'asile)	

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Employeur : Employé depuis le : Contrat de travail : <input type="checkbox"/> fixe, taux d'activité :% <input type="checkbox"/> activité irrégulière Salaire mensuel brut y compris le 13 ^{ème} : CHF Recevez-vous des prestations d'une autre assurance? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, indemnité journalière : <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maternité <input type="checkbox"/> chômage	Exercez-vous simultanément une activité lucrative indépendante? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, depuis quand ? Travaillez-vous simultanément pour un autre employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, depuis quand? Nom et adresse de l'employeur : Téléphone : Canton/pays de travail : Contrat de travail : <input type="checkbox"/> fixe, taux d'activité :% <input type="checkbox"/> activité irrégulière *Salaire mensuel brut y compris le 13 ^{ème} : CHF
--	---

Les allocations familiales sont demandées à partir du (jour / mois / année)

ENFANTS À CHARGE

Nom & prénom des enfants	Date de naissance	Sexe	Nationalité	Canton/pays de résidence habituelle	Dès le	*A	*B	*C	*D
						<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"/>

Indiquer le lien de parenté de l'enfant avec l'allocataire

*A = propre enfant

*B = enfant adopté

*C = enfant du conjoint

*D = enfant recueilli

DONNÉES PERSONNELLES DU CONJOINT / DE L'AUTRE PARENT

<input type="checkbox"/> conjoint	<input type="checkbox"/> concubin	<input type="checkbox"/> ex-conjoint	<input type="checkbox"/> partenaire enregistré	<input type="checkbox"/> père inconnu
Nom	:	Téléphone	:	
Prénom	:	N° AVS	:	
Rue	:	Etat civil	: Dès le :	
NPA - Lieu	:	Date de naissance	:	
Pays/canton	:	Nationalité	:	

<input type="checkbox"/> sans activité lucrative	Travaillez-vous simultanément pour un autre employeur?
<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> au chômage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
En cas d'activité lucrative ou de chômage, depuis quand ?	Si oui, depuis quand ?
Employeur :	*Salaire mensuel brut y compris le 13 ^{ème} : CHF
Canton/pays de travail :	Recevez-vous d'autres prestations sociales?
Contrat de travail : <input type="checkbox"/> fixe, taux d'activité :%	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> activité irrégulière	Si oui, indemnité journalière : <input type="checkbox"/> maladie
*Salaire mensuel brut y compris le 13 ^{ème} : CHF	<input type="checkbox"/> accident
*Si indépendant, revenu annuel : CHF	<input type="checkbox"/> maternité

* L'allocataire et son conjoint ou l'autre parent ne souhaitent pas que leur revenu soit indiqué sur ce formulaire. Le revenu brut sera directement communiqué à HOTELA via le formulaire complémentaire « Données du conjoint / autre parent ».

ATTESTATION ET SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)

Je certifie que ces données sont complètes et conformes à la vérité. Je prends connaissance du fait que je suis punissable pour des indications inexactes ou incomplètes qui pourraient entraîner le versement d'une allocation injustifiée et que les prestations perçues à tort devront être restituées. Je m'engage en outre à informer immédiatement HOTELA de tout fait nouveau pouvant influencer le droit aux prestations, tel que : changement de l'état civil, nombre et domicile des enfants, changement d'emploi ou de salaire des deux parents, cas de maladie ou d'accident entraînant une incapacité de travail de plus de 90 jours consécutifs.

.....
Lieu et date

.....
Signature

ATTESTATION ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

L'employeur certifie que ces données sont complètes et conformes à la vérité. Il s'engage à informer immédiatement HOTELA de tout changement pouvant influencer le droit aux prestations. Les allocations versées sans l'assentiment de la caisse ne seront, en cas de refus, pas remboursées.

.....
Lieu et date

.....
Signature et timbre

DOCUMENTS À JOINDRE AVEC LA DEMANDE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Enfants de parents mariés	l'acte de mariage
Enfants étrangers	l'acte de naissance ou le certificat de famille
Enfants étrangers avec domicile à l'étranger	la carte d'identité ou le passeport
Enfants en formation professionnelle	l'attestation d'étude ou de formation professionnelle avec indication de tous les revenus d'activité lucrative perçus pendant la période de formation
Enfants de parents séparés ou divorcés	la convention de séparation ou le jugement de divorce d'où ressort l'autorité parentale et chez qui l'enfant vit la plupart du temps
Enfants de parents célibataires	la déclaration commune des parents relative à l'autorité parentale conjointe sur l'enfant approuvée par l'autorité de protection de l'enfant
Le conjoint/autre parent est indépendant	l'attestation de sa caisse AVS le certifiant, avec la date de début d'affiliation
Le conjoint/autre parent est au chômage	l'attestation de la caisse du chômage le certifiant, avec la date de début