

Demande d'allocations familiales



Caisse interprofessionnelle AVS de la
Fédération des Entreprises Romandes
FER CIGA 106.3

Rue Condémine 56 Case postale 1630 Bulle
Téléphone 026 919 87 40 Fax 026 919 87 49 E-mail af@ciga.ch

Assurance-vieillesse et survivants/Assurance-invalidité
Allocations aux militaires et maternité /Allocations familiales
Assurance-maladie/Assurance-accidents LAA/CIEPP-2^e pilier LPP



- CRICAF (caisse interne CIGA)
- CAF Ass. Artisans Boulanger-Pâtissiers-Confiseurs
- CAF Ass. Maîtres Bouchers-Charcutiers
- CAF Ordre des Avocats Fribourgeois
- CIAF Canton :

Important : il appartient à l'employeur de vérifier les parties I et II, de transmettre le formulaire à son collaborateur, de le réceptionner puis de nous l'envoyer daté et signé avec les justificatifs demandés en page 3.

I. DONNÉES DU REQUÉRANT – NUMÉRO D'ASSURÉ (NAVS13) : 756. _____

Nom de famille :	Prénoms :	
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nationalité :	Permis : valable dès le :	
État civil : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> lié/e en partenariat enregistré <input type="checkbox"/> veuf/veuve	Depuis le :	
Adresse (rue/n°) :		
NPA :	Lieu :	Pays :
Téléphone :	Email :	
Depuis quelle date revendiquez-vous les allocations :		

II. EMPLOYEUR ACTUEL

N° d'affilié (000.000-00) :	Raison sociale :
Lieu de travail (rue/n°/NPA/Lieu) :	Canton :
Date de début de contrat:	Date de fin de contrat :
Le salaire est-il supérieur à CHF 630.- / mois : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Taux d'activité :

L'employeur certifie être l'employeur principal du demandeur et s'engage à nous informer de toute modification concernant son salarié dans les plus brefs délais.

Lieu et date : _____

Signature et timbre de l'employeur : _____

III. PRÉCÉDENT EMPLOYEUR

Raison sociale de l'employeur :	Date de fin de contrat :
---------------------------------	--------------------------

IV. DONNÉES DU CONJOINT/CONCUBIN (à remplir uniquement si le demandeur vit en couple)

Nom de famille :	Prénoms :	
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	NAVS13 : 756.
Si domicilié(e) à l'étranger, n° de sécurité sociale :		
État civil : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> lié/e en partenariat enregistré <input type="checkbox"/> veuf/veuve	Depuis le :	
Nationalité :	Permis :	valable dès le :
Adresse (rue/n°/NPA/Lieu) :		
Téléphone :	Email :	
<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> rentier <input type="checkbox"/> malade/accidenté <input type="checkbox"/> sans activité	Depuis le :	
Son salaire est-il inférieur à celui du demandeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Raison sociale de l'employeur ou de l'indépendant/e:		
Lieu de Travail (NPA/Lieu)		

V. DONNÉES DES ENFANTS

Enfants de moins de 16 ans – Enfants de moins de 25 ans en apprentissage ou aux études – Enfants de moins de 20 ans sans activité lucrative pour cause de maladie ou d'infirmité

Nom et prénoms de l'enfant NAVS13 (vous le trouverez sur la carte d'assurance maladie de l'enfant)	Date de naissance	Parenté avec le demandeur					Adresse où vit principalement l'enfant (si différente de celle du demandeur)
		Du mariage actuel	Du mariage précédent	Hors mariage	Du conjoint	Adopté ou recueilli	
1. _____ NAVS : 756.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. _____ NAVS : 756.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. _____ NAVS : 756.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. _____ NAVS : 756.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. _____ NAVS : 756.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. _____ NAVS : 756.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VI. AUTRE PARENT (à remplir uniquement si différent du conjoint/concubin actuel ou si le demandeur vit seul)

Enfants concernés : Tous ou enfant 1 enfant 2 enfant 3 enfant 4 enfant 5 enfant 6

Nom de famille :	Prénoms :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M NAVS13 : 756.

Si domicilié(e) à l'étranger, n° de sécurité sociale :

État civil :	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> lié/e en partenariat enregistré <input type="checkbox"/> veuf/veuve	Depuis le :
Nationalité :		Permis : valable dès le :

Adresse (rue/n°/NPA/Lieu) :

salarié indépendant au chômage rentier malade/accidenté sans activité Depuis le :

Son salaire est-il inférieur à celui du demandeur : oui non

Raison sociale de l'employeur ou de l'indépendant/e :

Lieu de travail (rue/n°/NPA/Lieu) :

Commentaires/Informations supplémentaires :

Le soussigné certifie avoir répondu de façon complète et vérifique à toutes les questions. Le signataire de la demande s'engage à nous aviser immédiatement de tout changement de la situation familiale ou lucrative susceptible de modifier son droit aux allocations.

Lieu et date : _____ Signature du requérant _____

Demande d'allocations familiales



Caisse interprofessionnelle AVS de la
Fédération des Entreprises Romandes
FER CIGA 106.3

Rue Condémine 56 Case postale 1630 Bulle
Téléphone 026 919 87 40 Fax 026 919 87 49 E-mail af@ciga.ch

Assurance-vieillesse et survivants/Assurance-invalidité
Allocations aux militaires et maternité /Allocations familiales
Assurance-maladie/Assurance-accidents LAA/CIEPP-2^e pilier LPP



MARCHE À SUIVRE ET RÈGLES

Veuillez joindre impérativement tous les documents nécessaires au traitement de votre demande.

Cette demande d'allocations familiales ne peut être présentée qu'à une seule Caisse, excepté pour le complément différentiel intercantonal, dont la demande sera présentée à la Caisse de l'ayant droit non prioritaire.

Selon la loi fédérale sur les allocations familiales, chaque enfant ne donne droit qu'à une seule allocation. Si plusieurs personnes – la mère, le père ou d'autres ayants droit – peuvent prétendre aux allocations familiales, l'ordre de priorité suivant s'applique :

1. la personne qui exerce une activité lucrative ;
2. la personne qui détient l'autorité parentale ou qui la détenait jusqu'à la majorité de l'enfant ;
3. lorsque l'autorité parentale est détenue conjointement ou qu'aucun des ayants droit ne la détient, la personne qui vit la plupart du temps avec l'enfant ou a vécu avec lui jusqu'à sa majorité ; la personne qui s'occupe de l'enfant est donc prioritaire en cas de divorce ou de séparation ;
4. lorsque les deux ayants droit et l'enfant vivent ensemble, la personne qui exerce une activité lucrative dans le canton de domicile de l'enfant;
5. lorsque les deux ayants droit travaillent dans le canton de domicile de l'enfant ou qu'aucun des deux n'y travaille, la personne dont le revenu soumis à l'AVS et provenant d'une activité lucrative salariée est le plus élevé. Si aucun des parents ne touche un revenu provenant d'une activité salariée, l'ayant droit prioritaire est le parent dont le revenu provenant d'une activité lucrative indépendante est le plus élevé.

Les signataires de la demande s'engagent à nous aviser immédiatement de tout changement de la situation familiale ou lucrative susceptible de modifier le droit aux allocations familiales (déménagement, mariage, séparation de fait ou officielle, divorce, nouvelle naissance, changement d'employeur ou de taux d'occupation, maladie ou accident).

Toute omission d'information générant un changement du droit aux prestations qui engendra des allocations versées à tort fera l'objet d'une demande de restitution. Les employeurs, en timbrant et en signant le formulaire, valident officiellement les déclarations de leur salarié et s'engagent à nous aviser de toute modification le concernant, notamment la fin de leur rapport de travail. Ceci nous permettra d'instruire les dossiers de manière plus efficace et de limiter les demandes de pièces et documents officiels supplémentaires.

DOCUMENTS NÉCESSAIRES À L'INSTRUCTION DE LA DEMANDE

Pour les enfants de parents mariés

- livret de famille ou certificat de famille complet; à défaut l'acte de mariage et les actes de naissance des enfants ou actes de reconnaissances ou jugements d'adoption ou de placement en vue d'adoption.

Pour les enfants de parents non mariés

- acte de reconnaissance éventuel.
 déclaration concernant l'autorité parentale conjointe.

En cas de séparation ou de divorce

- extrait des mesures judiciaires indiquant la date, l'attribution de l'autorité parentale ainsi que la garde des enfants.

Pour les requérants au bénéfice d'un permis de séjour (sauf permis C)

- copie du permis de séjour, mentionnant la date de délivrance.

Pour les enfants dès 15 ans ayant terminé leur scolarité obligatoire

- copie de l'attestation d'études ou du contrat d'apprentissage, signé par les différents partis.

Pour les enfants de 16 à 25 ans, en formation

- attestation d'études définitive mentionnant la période.
 contrat d'apprentissage, dûment complété et signé par les différents partis.
 attestation de stage mentionnant le salaire mensuel et la période.

Pour les enfants de 16 à 20 ans, incapables de travailler en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité

- certificat attestant l'incapacité de travail de l'enfant ou décision de l'AI.

Pour les requérants dont les enfants résident dans un pays des Etats de l'UE/AELE

- France : attestation de la CAF Française intitulée comme suit : « destinée à votre organisme étranger » pour l'année civile écoulée.
 UE/AELE : échange électronique par notre caisse via l'application RINA GUI.

DES QUESTIONS?

Vous pouvez nous joindre par email ou par téléphone: • af@ciga.ch • 026 919 87 40