

Demande d'allocations familiales



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

Rue Condémine 56 Case postale 2226 1630 Bulle 2
Téléphone 026 919 87 40 Fax 026 919 87 49 E-mail ciga.avs@ciga.ch

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



- CRICAF (caisse interne CIGA)
 CAF Ass. Artisans Boulangers-Pâtisseries-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 2.

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

Nom de famille :		Prénoms :	
Date de naissance :		Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nationalité :		Permis :	
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 d'engagement :		Date de fin de contrat :	
Le salaire est-il supérieur à 592.- / 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.
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) :			
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 :		
Raison sociale de l'employeur ou de l'indépendant/e :			
Son salaire est-il inférieur à celui du demandeur :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Lieu de travail (rue/n°/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 vos enfants)	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 :

F M

État civil : célibataire marié/e séparé/e divorcé/e
 lié/e en partenariat enregistré veuf/veuve

Depuis le :

Adresse (rue/n°/NPA/Lieu) :

salarié indépendant au chômage rentier malade/accidenté sans activité

Depuis le :

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 véridique 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 demandeur : _____

DOCUMENTS À JOINDRE

Dans tous les cas

Le livret de famille ou acte de mariage et actes de naissances

Personne séparée ou divorcée

Dispositif judiciaire relatif à la garde des enfants

Personne célibataire

Convention concernant l'autorité parentale

Lorsque le conjoint est indépendant

Une attestation d'affiliation à une Caisse AVS

Enfants aux études ou en apprentissage

Une attestation de l'école fréquentée ou le contrat d'apprentissage