

## Allocations familiales – Données du conjoint / autre parent

### Employeur de l'allocataire

Numéro d'affilié : .....

### Allocataire

Nom : ..... Numéro AVS : .....

Prénom : ..... Téléphone : .....

### Données personnelles du conjoint / de l'autre parent

Conjoint       Concubin       Ex-conjoint       Partenaire enregistré       Père inconnu

Nom : ..... Numéro AVS : .....

Prénom : ..... Nationalité : .....

Rue : ..... Date de naissance : .....

NPA - Lieu : ..... Etat civil : ..... dès le .....

Canton/Pays : ..... Téléphone : .....

<p><input type="checkbox"/> Sans activité lucrative</p> <p><input type="checkbox"/> Salarié      <input type="checkbox"/> Indépendant      <input type="checkbox"/> Au chômage</p> <p>En cas d'activité lucrative ou de chômage, depuis quand? .....</p> <p>Employeur: .....</p> <p>Canton/pays de travail: .....</p> <p>Contrat de travail : <input type="checkbox"/> fixe, taux d'activité : ..... % <input type="checkbox"/> activité irrégulière</p> <p>Salaire mensuel brut y compris le 13<sup>e</sup>: CHF .....</p> <p>Si indépendant, revenu annuel: CHF .....</p>	<p>Travaillez-vous simultanément pour un autre employeur?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, depuis quand? .....</p> <p>Salaire mensuel brut y compris le 13<sup>e</sup>: CHF .....</p> <p>Recevez-vous d'autres prestations sociales?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indemnité journalière:</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie</p> <p><input type="checkbox"/> Accident</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance APG</p>
---	---

**Attestation de l'allocataire et du conjoint / de l'autre parent**

---

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 Allocations Familiales de tout changement de revenu.

Lieu et date

Signature de l'allocataire

.....

.....

Lieu et date

Signature du conjoint / de l'autre parent

.....

.....

**Documents à joindre à la demande**

---

En cas d'activité indépendante	l'attestation de la caisse AVS le certifiant, avec la date de début d'affiliation
Au bénéfice d'indemnité de chômage	l'attestation de la caisse du chômage le certifiant, avec la date de début