

Caisse cantonale valaisanne d'allocations familiales CIVAF  
Case postale 151  
Av. Pratifori 22  
1951 Sion

Tél. 027 607 55 10  
www.civafvs.ch  
infocivaf@avs.vs.ch

## Demande SIMPLIFIEE d'allocations pour enfants

À REMPLIR PAR LE/LA SALARIE/E

### 1. Données concernant le/la demandeur/se

Nom \_\_\_\_\_ N° AVS (13 chiffres) 756. \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse : rue, n° \_\_\_\_\_ NP, localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Profession principale \_\_\_\_\_

Etat civil ☐ marié/e ☐ remarié/e ☐ partenariat enregistré ☐ célibataire ☐ veuf/ve ☐ séparé/e ☐ divorcé/e

⚡ depuis le \_\_\_\_\_ Permis de travail ☐ L ☐ B ☐ C ☐ G ☐ F ☐ N ☐ S

Nationalité (Etat) \_\_\_\_\_ ☐ Autorisation pour < 90 jours ou attestation de prolongation

#### Attestation par employeur principal (également employeur en cas de gains intermédiaires par chômage)

Nom, prénom ou raison sociale : \_\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_

Date début d'activité \_\_\_\_\_ Date fin d'activité si prévue \_\_\_\_\_

Taux d'activité \_\_\_\_\_ % Permis G français imposé à la source ☐ OUI ☐ NON

Salaire brut : par mois CHF \_\_\_\_\_ OU par heure CHF \_\_\_\_\_

13<sup>ème</sup> salaire ☐ OUI ☐ NON Lieu d'activité \_\_\_\_\_

A été malade ou accidenté à 100% depuis la période indiquée au point 4 du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Lieu et date \_\_\_\_\_ Timbre et signature \_\_\_\_\_

**Autre employeur** (nom, prénom ou raison sociale, localité) \_\_\_\_\_

Date de début d'activité \_\_\_\_\_ Salaire annuel AVS brut \_\_\_\_\_

Date de fin d'activité si prévue \_\_\_\_\_ Lieu d'activité \_\_\_\_\_

**Autre employeur** (nom, prénom ou raison sociale, localité ) \_\_\_\_\_

Date de début d'activité \_\_\_\_\_ Salaire annuel AVS brut \_\_\_\_\_

Date de fin d'activité si prévue \_\_\_\_\_ Lieu d'activité \_\_\_\_\_

Etes-vous également indépendant(e) dans l'agriculture ☐ OUI ☐ NON ou hors agriculture ☐ OUI ☐ NON

Si oui dans un des deux cas, veuillez joindre une attestation de votre Caisse de compensation, sauf si Caisse de compensation du canton du Valais

## 2. Données sur les enfants

Prénom, nom si différent	Date de naissance	Pays de domicile Si en Suisse, adresse	Qui détient l'autorité parentale ou qui la détenait avant la majorité

## 3. Versement des allocations

Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_  
N° Iban \_\_\_\_\_  
Nom de la banque/poste et lieu \_\_\_\_\_

## 4. Début du versement des allocations

Je demande à toucher les allocations dès le (indiquer la date exacte) \_\_\_\_\_

## 5. Déclaration et signature

Je déclare avoir répondu de façon complète et conforme à la vérité à toutes les questions. Je prends note qu'en donnant des indications inexactes ou incomplètes me permettant d'obtenir illicitement des allocations pour enfant, je me rends punissable pénalement et que je devrai restituer les prestations indûment touchées. Je m'engage en outre à informer immédiatement la Civaf de toute modification pouvant avoir une influence sur le droit aux allocations pour enfant, lors de tout changement intervenant dans ma situation de famille (décès ou placement d'un enfant, interruption d'études ou d'apprentissage, changement de canton de domicile ou lieu de résidence d'un enfant, séparation en droit ou en fait, en cas de maladie, accident ou chômage, etc.) ainsi que lors d'un changement de taux d'activité, de salaire ou d'employeur.

Lieu et date

\_\_\_\_\_

Signature du/de la demandeur/se

\_\_\_\_\_

Signature de l'autre parent/conjoint  
si ménage commun

\_\_\_\_\_