

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^{ème} 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
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 illicitemen t 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
