

Demande d'allocation de prise en charge



1. Données personnelles de la personne soumettant la demande

1.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

1.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

1.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

1.4 Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

1.5 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

Téléphone / Portable

E-Mail

1.6 Existe-t-il une curatelle ?

oui non

Si oui : Nom et adresse du curateur

Siège de l'autorité de protection de l'adulte

A joindre : Copie de l'acte de nomination du curateur et la description des obligations et des tâches

2. Données personnelles de l'enfant

2.1 Nom

2.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

2.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

2.4 Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

2.5 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

3. Données personnelles du second ayant droit

3.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

3.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

3.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

3.4 Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

3.5 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

Téléphone / Portable

E-Mail

4. Indications concernant la répartition du congé de prise en charge

Comment prévoyez-vous de répartir le congé de prise en charge de 70 jours ou de 98 indemnités journalières maximum avec l'autre parent ayant droit à l'allocation ?

Personne soumettant la demande

Second ayant droit

La répartition peut être adaptée ultérieurement. Si les parents ne parviennent pas à se mettre d'accord, 49 indemnités journalières seront attribuées à chacun.

5. Indications concernant l'activité lucrative avant son interruption

Il faut mentionner **tous** les employeurs. Toutes les feuilles complémentaires (formulaire 318.745) doivent être envoyées ensemble à la **même caisse de compensation**. Une seule demande d'allocation de prise en charge peut être déposée.

5.1 Exercez-vous actuellement une activité lucrative ?

salariée/salarié

Nom et adresse de **tous** les employeurs :

Faire remplir la **partie B** de ce formulaire

A joindre : Formulaire 318.745

A joindre : Formulaire 318.745

indépendante/indépendant

Caisse de compensation compétente

N° de décompte

Veillez envoyer la demande à la caisse de compensation auprès de laquelle vous décomptez les cotisations AVS en tant qu'indépendant/e.

A joindre : Copie de la décision de cotisations de la caisse de compensation

5.2 Une maladie ou un accident vous empêchent-ils en partie ou complètement de travailler ?

oui non accident maladie

Avez-vous touché ou touchez-vous des indemnités journalières ? en vertu de la LAMal (loi fédérale) ?
 oui non en vertu de la LCA (loi sur le contrat d'assurance/indemnités journalières de l'employeur) ?

A joindre : Copie des décomptes établis depuis le début de l'incapacité de travail

5.3 Étiez-vous/êtes-vous au chômage ?

oui non

de à
jj, mm, aaaa jj, mm, aaaa

Avez-vous touché ou touchez-vous des indemnités journalières de l'assurance chômage ?

oui non

A joindre : Copie des tous les décomptes des indemnités journalières de l'AC

Avez-vous pris un congé de prise en charge parallèlement à la perception des indemnités journalières de l'assurance-chômage ?

oui non

6. Salaire

L'employeur doit fournir des informations sur le dernier salaire soumis à cotisations AVS perçu par la salariée/salarié.

S'agit-il d'un revenu régulier ?

oui
 non

Questions **a)** à **e)** et **g)** à **l)**
Tableau **f)** et questions **g)** à **l)**

Questions a) à e)

- a)** Dernier salaire mensuel soumis à cotisations AVS x12 x13
- b)** Salaire horaire (sans la part du 13^e salaire ni les indemnités de vacances ou pour jours fériés) Heures de travail par semaine
- c)** Autres formes de rémunération : salaire soumis à cotisations AVS des 4 dernières semaines
- d)** Salaire en nature (logement et nourriture) ou salaire global (pour les collaborateurs membres de la famille) heure mois 4 semaines année
- e)** Autres rémunérations : (gratifications, provisions, pourboires, parts du 13^e salaire en cas de salaire horaire, etc.) heure mois 4 semaines année

i) Le versement du salaire a-t-il été poursuivi durant les jours de congé ? oui non

du salaire

j) L'employé(e) est-il/est-elle imposé(e) à la source ? oui non

k) L'employé(e) a-t-il/elle perçu une indemnité journalière de l'assurance maladie ou de l'assurance accident ? oui non

en vertu de la LAMal (loi fédérale) ?
 en vertu de la LCA (loi sur le contrat d'assurance) ?

Nom de l'assureur:

I) Données sur l'employeur :

Nom	N° de décompte
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Personne de référence

Téléphone	Courriel
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

7. Indications concernant les jours de congé pris

Date du premier jour de congé pris	Mois de la demande
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

1ère semaine du mois de la demande	Jours de congé pris
	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Jours

Taux d'occupation en %	Nombre de jours de travail par semaine pour un emploi à plein temps	Nombre de jours de travail habituels par semaine pour un emploi à plein temps
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
%	Jours	Jours

semaine de travail complète

de	à
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jours isolés

Jour de congé	Jour de congé
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jour de congé	Jour de congé
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jour de congé	Jour de congé
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

2ème semaine du mois de la demande

Jours de congé pris

Jours

Taux d'occupation en %

Nombre de jours de travail par semaine pour un emploi à plein temps

Jours

Nombre de jours de travail habituels par semaine pour un emploi à plein temps

Jours

semaine de travail complète

de

jj, mm, aaaa

à

jj, mm, aaaa

Jours isolés

Jour de congé

jj, mm, aaaa

3ème semaine du mois de la demande

Jours de congé pris

Jours

Taux d'occupation en %

Nombre de jours de travail par semaine pour un emploi à plein temps

Jours

Nombre de jours de travail habituels par semaine pour un emploi à plein temps

Jours

semaine de travail complète

de

jj, mm, aaaa

à

jj, mm, aaaa

Jours isolés

Jour de congé

jj, mm, aaaa

4ème semaine du mois de la demande

Jours de congé pris

Jours

Taux d'occupation en %

Nombre de jours de travail par semaine
pour un emploi à plein temps

Jours

Nombre de jours de travail habituels par semaine pour
un emploi à plein temps

Jours

semaine de travail complète

de

jj, mm, aaaa

à

jj, mm, aaaa

Jours isolés

Jour de congé

jj, mm, aaaa

5ème semaine du mois de la demande

Jours de congé pris

Jours

Taux d'occupation en %

Nombre de jours de travail par semaine
pour un emploi à plein temps

Jours

Nombre de jours de travail habituels par semaine pour
un emploi à plein temps

Jours

semaine de travail complète

de

jj, mm, aaaa

à

jj, mm, aaaa

Jours isolés

Jour de congé

jj, mm, aaaa

8. Versement de l'allocation de prise en charge

L'allocation de prise en charge est versée :

- à la personne soumettant la demande, directement sur son compte bancaire ou postal suivant
- à l'employeur (versement ou bonification sur le prochain compte de cotisations)

Titulaire du compte

Nom et adresse de la banque / poste

N° IBAN

Les demandes de versement de l'allocation de maternité à un tiers ou à une autorité doivent être présentées sur un formulaire de demande spécial (formulaire 318.182, fourni par les caisses de compensation ou disponible sur le site www.av-sai.info). Elles seront dûment motivées.

Autres remarques

Remarques importantes et signature

Les soussignés confirment avoir pris bonne note des dispositions susmentionnées et certifient que les indications fournies sont exactes.

Lieu et date

Signature de la personne soumettant la demande ou de son représentant légal / sa représentante légale

Lieu et date

Signature et sceau de l'employeur

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble.

Pièces à joindre à la demande :

- Copie des décomptes de l'AC
- Demande de versement de prestations à un tiers ou à une autorité qualifiée
- Copie des décomptes d'indemnités journalières de l'AA ou de l'AMal établis depuis le début de l'incapacité de travail
- Feuille annexe à la demande d'allocation de prise en charge

9. Attestation médicale au sens de l'art. 16o LAPG

Médecin traitant

Nom

Prénom

Adresse

Téléphone / Portable

Courriel

Nom et prénom de l'enfant

Je confirme que l'enfant est gravement atteint dans sa santé au sens de l'art. 16o, let. a à d, LAPG.

Tel est le cas

- a. lorsqu'il a subi un changement majeur de son état physique ou psychique ; ET que
- b. l'évolution ou l'issue de ce changement est difficilement prévisible, ou qu'il faut s'attendre à un handicap durable ou croissant, ou au décès ; ET qu'
- c. une prise en charge accrue par les parents est nécessaire ; ET que
- d. au moins l'un des parents interrompt son activité lucrative pour prendre en charge l'enfant.

Date et lieu

Timbre et signature du médecin