

Feuille complémentaire à la demande d'allocation d'adoption



1. Personalien der anspruchsberechtigten Person

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 AVS

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

2. Salaire

Geben Sie den letzten AHV-pflichtigen Lohn der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers vor der Aufnahme des Kindes zwecks Adoption an.

S'agit-il d'un revenu régulier ?

- oui
 non

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

Questions a) à e)

a) Letzter AHV-pflichtiger Monatslohn vor der Aufnahme des Kindes zwecks Adoption

CHF

x12 x13

b) Salaire horaire (sans la part du 13^e salaire ni les indemnités de vacances ou pour jours fériés)

CHF

Heures de travail par semaine

c) Autres formes de rémunération : salaire soumis à cotisations AVS des 4 dernières semaines

CHF

d) Salaire en nature (logement et nourriture) ou salaire global (pour les collaborateurs membres de la famille)

heure mois 4 semaines année

CHF

e) Autres rémunérations (gratifications, provisions, pourboires, parts du 13^e salaire en cas de salaire horaire, etc.)

heure mois 4 semaines année

CHF

Tableau f)

f) Pour les personnes ayant un revenu irrégulier

Salaire soumis à cotisation AVS durant les douze mois précédant la naissance de l'enfant (sans indemnités journalières de l'AA ou de l'AMal)

| Année | Année |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Janvier | <input type="text"/> |
| Février | <input type="text"/> |
| Mars | <input type="text"/> |
| Avril | <input type="text"/> |
| Mai | <input type="text"/> |
| Juin | <input type="text"/> |
| Juillet | <input type="text"/> |
| Août | <input type="text"/> |
| Septembre | <input type="text"/> |
| Octobre | <input type="text"/> |
| Novembre | <input type="text"/> |
| Décembre | <input type="text"/> |

Absences pour cause de maladie ou d'accident **avec réduction de salaire**

(inscrivez M pour maladie et A pour accident)

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| du | au | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa | |
| du | au | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa | |
| du | au | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa | |
| du | au | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa | |
| du | au | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa | |
| du | au | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa | |
| du | au | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa | |
| du | au | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa | |
| du | au | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa | |

Annexe : Copie du journal des salaires

Questions g) à k)

- g)** Durée du rapport de travail de à
jj, mm, aaaa jj, mm, aaaa
- h)** S'agit-il de gains intermédiaires réalisés durant la perception d'indemnités de chômage ? oui non
- i)** Avez-vous continué de verser le salaire au salarié durant les jours de congé qu'il a pris ? oui non %
du salaire
- j)** La salariée est-elle imposée à la source ? oui non

k) Données sur l'employeur :

Nom N° de décompte

Personne de référence

Téléphone e-mail

Dans quel canton le salarié est-il ou était-il employé avant la naissance ?

3. Jours de congé d'adoption

Nombre de jours de congé d'adoption pris (maximum : 10 jours)

Avez-vous pris le congé d'adoption :

- en bloc ?
 sous forme de semaines ?
 sous forme de journées ?

Jours de congé pris

| jj, mm, aaaa | jj, mm, aaaa |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

A remplir uniquement par les employés à temps partiel

| | |
|--|---|
| Taux d'occupation en % <input type="text"/> % | Nombre de jours de travail par semaine pour un emploi à plein temps <input type="text"/> |
|--|---|

Nombre de jours congé

Nombre de jours de travail habituel

Nombre de jours de travail qui auraient été effectués si la personne n'avait pas été en congé

4. Versement de l'allocation d'adoption

L'allocation d'adoption est versée :

- à l'employeur
 à l'ayant droit

Titulaire du compte

Nom et adresse de la banque / poste

IBAN

Les demandes de versement de l'allocation de paternité 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.avs-ai.ch). Elles seront dûment motivées.

Observations

Remarques importantes et signature

Die Adoptionsentschädigung wird nur für tatsächlich bezogene Urlaubstage während der 12-monatigen Rahmenfrist ausgerichtet. Die Rahmenfrist beginnt am Tag der Aufnahme des Kindes zur Adoption in die Hausgemeinschaft in der Schweiz. Die Adoptionsentschädigung wird als einmalige Zahlung nach dem Bezug des gesamten Adoptionsurlaubs ausgerichtet.

Die Anmeldung ist bei der Eidgenössischen Ausgleichskasse (EAK), einzureichen. Dies unabhängig davon, bei welcher Ausgleichskasse, die Arbeitgeber der antragstellenden Personen angeschlossen sind. Zu Unrecht bezahlte Entschädigungen sind zurückzuerstatten. Vorsätzliche Meldepflichtverletzungen können Sanktionen nach sich ziehen.

La personne soussignée confirme avoir pris bonne note des dispositions susmentionnées et certifie que les indications fournies sont exactes.

Lieu et date

Signature et sceau de l'employeur

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble.

Pièces à joindre à la demande :

- Copie du journal des salaires
 Demande de versement de prestations à un tiers ou à une autorité qualifiée

Veillez envoyer votre demande avec tous les documents à :

Caisse fédérale de compensation CFC
Schwarztorstrasse 59
3003 Bern

Caisse fédérale de compensation CFC
Schwarztorstrasse 59
3003 Bern