

Formulaire de mutation (déjà autorisé concernant les allocations familiales)

1 Bénéficiaire

Nom	Prénom
Numéro d'assuré (no AVS)	Nationalité
Date de naissance	Sexe masculin féminin
Etat civil célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuve/veuf	Depuis le (date)
CH, code postale, pays de résidence	

2 Employeur

Nom	Numéro de décompte / Numéro de référence
Lieu de travail (canton)	Employé/é depuis
Revenu supérieur au salaire minimum légal (CHF 7'560 / année) d oui non	Salaire annuel soumis à l'AVS

3 Autre parent

Nom	Prénom	Numéro d'assuré (no AVS)
Date de naissance	Sexe masculin féminin	Nationalité
CH, code postale, pays de résidence		
Etat civil célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuve/veuf	Depuis le (date)	
Activité lucrative Depuis quand? oui non	Lieu de travail (canton)	Pays de travail
Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur		
Revenu supérieur au salaire minimum légal (CHF 7'560 / année) oui non	Activité indépendante oui non	Revenu supérieur à celui du / de la bénéficiaire oui non
Prestations d'assurance pour l'allocation perte de gain (p.e. AMat, AC, etc) oui non		si oui, laquelle?

4 Mutation Bénéficiaire (veuillez compléter uniquement le case approprié)

<u>Changement de l'état civil à partir du (date):</u>	Nouvel état civil:	
<u>Date de sortie de l'avant droit (date):</u>	Motif de sortie sortie de l'entreprise décès	
<u>Changement du canton/pays de travail (date):</u>	Canton/pays de travail précédent	Nouveau canton/pays de travail
<u>Changement du canton/pays de domicile:</u>	Canton/pays de domicile précédent	Nouveau canton/pays de domicile
<u>Congé sans solde du (date):</u>	Congé sans solde au (date)	Salaire annuel de (CHF)
<u>Réinscription de l'assuré/e du (date):</u>	Canton du travail	Taux d'occupation (pourcentage)
<u>Changement du numéro de décompte (date):</u>	Numéro de décompte précédent	Nouveau numéro de décompte
<u>Annonce d'un autre enfant (Nom / prénom):</u>	Date de naissance	Adresse de l'enfant
<u>Le/la bénéficiaire a-t-il/elle d'autres rapports de travail ou a une activité indépendante depuis? (date):</u>	Le revenu perçu auprès de l'autre employeur est-il plus élevé? oui non	
<u>Incapacité de travail pour:</u> maladie accident	du au (date)	A quel pourcentage
	du au (date)	A quel pourcentage
	du au (date)	A quel pourcentage
L'entreprise verse-t-elle un salaire supplémentaire aux indemnités journalières? oui non	Si oui, salaire mensuel soumis à l'AVS exacte (exclusive indem. journalières)	du au (date)
<u>Changement du taux d'occupation (en %)</u>	depuis le:	salaire annuel de (CHF)
Remarques:		

5 Remarques importantes pour les employeurs

- Seules les demandes remplies de manière complète et accompagnées de tous les documents et annexes requis seront traitées.
 - Tout versement d'allocations familiales avant la réception d'une décision d'allocation correspondante se fait au risque de l'employeur.
 - Veuillez noter que toute prestation perçue à tort doit être restituée.
- La personne soussignée atteste:
- avoir rempli la demande conformément à la vérité,
 - s'engage à annoncer tout changement en matière de rapport de travail, qui pourrait avoir une influence sur la décision d'allocations, à la caisse de compensation ou la caisse d'allocations familiales.

Lieu, date	signature et cachet de l'employeur