



Formulaire de mutation pour allocations familiales

1 Employeur

Membre affilié (no d'affilié, nom) :

Personne de contact (nom, tél.) :

Bénéficiaire concerné

Nom :

Numéro AVS :

Prénom :

No de personnel :

Date de naissance :

Sortie ou empêchement de travail du/de la bénéficiaire

du/au:

Raison :

fin du rapport de travail

accident / maladie

congé non payé

décès

autre :

Changement du lieu/canton de travail

dès le:

Lieu de travail :

Canton :

Remarques importantes

- Toute modification de la situation personnelle, financière ou professionnelle qui met un terme au droit aux allocations familiales ou qui conduit à une adaptation des allocations familiales est considérée comme mutation.

- Pour les changements suivants, la CAF-CFC a besoin du formulaire de « demande d'allocations familiales » :

- **Naissance d'un enfant**

- **Adoption d'un enfant**

- **Prise en charge d'un enfant recueilli**

- **Début du rapport de travail**

Attestation et signature de l'employeur

Sur la base de l'information du/de la bénéficiaire d'allocations familiales, l'employeur saisit la mutation dans les 30 jours et se charge d'informer la CAF-CFC.

Lieu/date

Timbre et signature de l'employeur

2 Changements concernant le/la bénéficiaire

| | |
|---|----------|
| Changement de domicile du/de la bénéficiaire | dès le : |
| Nouvelle adresse : | |
| Canton de domicile : | |
| <input type="checkbox"/> Adresse aussi valable pour : <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire actuel(le) <input type="checkbox"/> Père/mère de l'enfant | |
| <input type="checkbox"/> Enfant(s) : | |

| | |
|--|----------|
| Changement d'état civil du/de la bénéficiaire | dès le : |
| <input type="checkbox"/> célibataire* <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e)* <input type="checkbox"/> divorcé(e)* <input type="checkbox"/> veuf(ve) | |
| <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> fin du partenariat enregistré | |

Nous vous prions de joindre un document officiel (livret de famille, certificat de famille, acte de mariage, etc.).

*Règlement de l'autorité parentale :

Pour enfant(s) :

conjointe mère père autre :

| | |
|--|----------------------|
| Employeur supplémentaire du/de la bénéficiaire | dès le: |
| Nom : | |
| Adresse : | |
| Canton de travail : | Revenu annuel brut : |
| Nous vous prions de joindre le décompte de salaire de l'employeur respectif. | |

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
| Cumul d'allocations familiales | | |
| 2 ^{ème} employeur concerné : | Enfant(s) concerné(s) : | Cumul du/au : |
| | | |
| Nous vous prions de joindre une copie de la notification d'allocations familiales. | | |

3 Changements concernant le/la conjoint(e)/partenaire actuel(le) ou père/mère de l'enfant

| | |
|---|---|
| Changement/nouveau rapport/lieu de travail ou revenu du/de la : | dès le : |
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire actuel(le) <input type="checkbox"/> Père/mère de l'enfant | dès le : |
| Employeur : | Canton de travail : |
| Adresse : | |
| Le revenu minimum annuel de CHF 7'350.- est-il atteint | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Est-ce que le revenu est plus élevé que celui-ci du/de la bénéficiaire ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Nous vous prions de joindre une attestation de l'employeur confirmant que des allocations familiales sont versées et si oui pour quel montant.

| | |
|---|----------|
| Droit aux allocations familiales selon l'article 13 al. 3 LAFam du/de la : | |
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire actuel(le) <input type="checkbox"/> Père/mère de l'enfant | dès le : |
| <input type="checkbox"/> Le salaire mensuel brut atteint dorénavant au moins CHF 612.- | dès le |
| <input type="checkbox"/> Le salaire mensuel brut atteint dorénavant moins de CHF 612.- | dès le |

Nous vous prions de joindre le décompte de salaire de l'employeur respectif.

| | | | |
|---|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| Changement de domicile du/de la : | | | dès le : |
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire actuel(le) | <input type="checkbox"/> Père/mère de l'enfant | | |
| Nouvelle adresse : | | | |
| Canton de domicile : | | | |
| Changement d'état civil du/de la père/mère de l'enfant | | | dès le : |
| <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> marié(e) | <input type="checkbox"/> séparé(e) | <input type="checkbox"/> divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> partenariat enregistré | <input type="checkbox"/> fin du partenariat enregistré | | |

4 Changements concernant l'enfant

| | | |
|--|-------------------------|----------|
| Changement de domicile de l'enfant | | dès le : |
| Enfant(s) concerné(s) : | | |
| Nouvelle adresse : | | |
| Canton de domicile : | | |
| Droit aux allocations de formation | | Dès le : |
| Enfant(s) concerné(s) : | | |
| Formation/Lieu : | Revenu annuel brut : | |
| Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation. | | |
| Suppression ou interruption du droit aux allocations familiales | | |
| Raison : | Enfant(s) concerné(s) : | Durée : |
| | | |

5 Attestation et signature du/de la bénéficiaire

Toute modification de la situation personnelle, financière ou professionnelle qui influence le droit ou le montant des allocations familiales doit être communiquée à l'employeur dans les 30 jours.

| | |
|-------------|---------------------------------|
| Lieu / Date | Signature du/de la bénéficiaire |
| | |

→ Veuillez s.v.p. retourner le formulaire rempli à votre service du personnel.

Caisse d'allocations familiales CAF, Schwarztorstrasse 59, 3003 Berne, Tél. +41 58 462 77 95, Fax: +41 58 462 88 71,
fak-eak@zas.admin.ch, www.eak.admin.ch