

## Feuille annexe à la "Demande d'allocations familiales"

### Informations concernant le partenaire, resp. la partenaire actuel(le)

Nom		Prénom		Numéro d'assuré (no AVS)	
Date de naissance		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Nationalité	
Etat civil					
<input type="checkbox"/> célibataire		<input type="checkbox"/> marié(e)		<input type="checkbox"/> séparé(e)	
<input type="checkbox"/> partenariat enregistré*		<input type="checkbox"/> partenariat dissous *		<input type="checkbox"/> divorcé(e)	
				<input type="checkbox"/> veuve/veuf	
depuis le (date)					
Adresse: rue / no		NPA / Localité		joignable au (téléphone, email, etc.)	
Une prestation de l'AI, AC, LAA, AIM ou Amat est-elle perçue? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
Si oui: quelle prestation et par quel office ou caisse est-elle versée?					
Y a-t-il exercice d'une activité salariée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				Canton du lieu de travail	
Si oui: nom, adresse et téléphone de l'employeur				Qui va probablement gagner davantage?	
				Requérant/Requérante <input type="checkbox"/>	
				Partenaire actuel(le) <input type="checkbox"/>	
Y a-t-il affiliation auprès d'une caisse de compensation en tant que personne de condition indépendante (IND) ou comme personne non active (NA)? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> NA					
Si oui, auprès de quelle caisse de compensation?					

\*partenariat de même sexe

### Explications concernant les abréviations

AI	Assuranc-invalidité
AC	Assurance-chômage
LAA	Assurance-accidents
AIM	Assurance indemnités journalières en cas de maladie
Amat	Allocation de maternité