caisse cantonale
neuchâteloise de compensation
pour allocations familiales

adresse
fbg de l'hôpital 28
case postale 2116
2001 neuchâtel

téléphone
032 889 65 01
e-mail
ccnc@ne.ch

fax
032 889 65 02
web
www.caisseavsne.ch

Demande d'allocations familiales pour mère au chômage au moment de la naissance

Si les enfants sont issus de plusieurs unions, veuillez remplir un questionnaire par union

Requérant - Requérante	**Autre parent** : ☐ conjoint-e ☐ concubin-e ☐ ex-conjoint-e ☐ partenaire enregistré
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse complète : _____	Adresse complète : _____
N° de tél. : _____	Date de naissance : _____ Nationalité : _____
Numéro AVS : _____	Etat civil : _____ Dès le : _____
Date de naissance : _____ Nationalité : _____	
Etat civil : _____ Dès le : _____	

Renseignements concernant la situation des deux parents

Requérant - Requérante	**Autre parent**
• Etes-vous au bénéfice de l'assurance-chômage ? ☐ oui ☐ non	• Est-il (elle) affilié(e) à une caisse de compensation AVS comme non actif ? ☐ oui ☐ non
• Etes-vous affilié(e) à une caisse de compensation AVS comme non actif ? ☐ oui ☐ non	Si oui, à quelle caisse : _____
Si oui, à quelle caisse : _____	• Est-il (elle) au bénéfice de prestations complémentaires à l'AVS/AI ? ☐ oui ☐ non
• Etes-vous au bénéfice de prestations complémentaires à l'AVS/AI ? ☐ oui ☐ non	• Est-il (elle) bénéficiaire de l'aide sociale ? ☐ oui ☐ non
• Etes-vous bénéficiaire de l'aide sociale ? ☐ oui ☐ non	

Exercez-vous une activité lucrative à temps partiel ?

Requérant - Requérante	**Autre parent**
☐ Salarié(e)	☐ Salarié(e)
Nom de l'employeur : _____	Nom de l'employeur : _____
Salaire mensuel : Fr. _____	Salaire mensuel : Fr. _____
☐ Indépendant(e)	☐ Indépendant(e)

Suite au verso, n'oubliez pas les signatures

ENFANTS POUR LESQUELS L'ALLOCATION EST DEMANDEE

Nom et prénom	Date de naissance	Adresse de chaque enfant *(si différente de celle du requérant)*	Revenu propre de l'enfant *(salaire, rente, indemn. journalière, revenu de la fortune)*	L'enfant est-il				
				du mariage	du mariage précédent	hors mariage	du conjoint	recueilli ou adopté
			Fr.	☐	☐	☐	☐	☐
			Fr.	☐	☐	☐	☐	☐
			Fr.	☐	☐	☐	☐	☐
			Fr.	☐	☐	☐	☐	☐
			Fr.	☐	☐	☐	☐	☐
			Fr.	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous revendiquez l'allocation de naissance :
Au jour de l'accouchement, la mère était-elle domiciliée en Suisse depuis 9 mois ? ☐ oui ☐ non

L'allocation est due pendant 98 jours, soit pendant le congé maternité fédéral.

Coordonnées postales : N° CCP _____

Coordonnées bancaires : Nom de la banque _____ Localité : _____

IBAN N° : _____

Cette dernière partie doit être remplie à la main et le questionnaire doit nous parvenir par courrier postal.

Le soussigné - la soussignée certifie avoir répondu exactement et complètement à toutes les questions ci-dessus. Il - elle s'expose à devoir rembourser des allocations indûment touchées.

Date : _____

Signature : _____

Aucune demande ne sera prise en considération sans les pièces justificatives demandées

Dans certains cas, la caisse peut être amenée à demander des renseignements et/ou des documents complémentaires

DOCUMENTS ET JUSTIFICATIFS A PRESENTER

A chaque demande d'allocations familiales, veuillez svp joindre, sous la forme d'une copie, l'acte de naissance du nouveau-né, le décompte de l'assurance chômage du mois de la naissance, ainsi qu'un décompte d'allocation de maternité établi par la caisse de compensation AVS.