



SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

Ce formulaire doit être complété une fois par an par la personne qui touche les allocations familiales (généralement la mère).

Il permet de vérifier si les allocations familiales sont payées correctement.

N'oubliez pas de signer le formulaire et de nous le renvoyer le plus rapidement possible.

Si vous n'avez pas suffisamment de place pour répondre, vous pouvez joindre une feuille séparée avec mention du numéro attributaire.

1. Votre situation familiale

► Ma situation n'a **PAS** changé l'année dernière. → **Passez au point 2.**

Ma situation **A CHANGE** de la façon suivante:

Je me suis établi(e) en ménage/marié(e) le ____ / ____ / ____
avec _____
(nom et prénom)

né(e) le ____ / ____ / ____

Je ne suis plus établi(e) en ménage depuis le ____ / ____ / ____
avec _____
(nom et prénom)

né(e) le ____ / ____ / ____

p.ex.: nouvelle adresse, adoption,
quelqu'un est venu vivre chez
vous

Autres modifications _____

2. Enfants dans le ménage

► Tous les enfants pour lesquels nous payons des allocations familiales ont-ils résidé dans le ménage **toute l'année dernière**?

oui → **Passez au point 3.**

non
Quels enfants n'ont pas résidé
dans le ménage (nom et prénom)

	du	au
_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

Chez qui/où ont-ils résidé? _____
(nom et adresse de la personne/de l'institution)

3. Décès

► Le père légal ou la mère (ou l'adoptant) d'un des enfants est-il (elle) décédé(e) l'année passée?

non

oui _____ est décédé(e) le ____ / ____ / ____

4. Votre situation professionnelle et celle de votre partenaire cohabitant

Votre situation	Celle de votre conjoint/partenaire cohabitant
<input type="checkbox"/> salarié(e) depuis le ___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> pendant ___ heures/semaine nom et adresse de l'employeur _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> salarié(e) depuis le ___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> pendant ___ heures/semaine nom et adresse de l'employeur _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> chômeur(euse), invalide, pensionné(e) ___ / ___ / ___ (biffer la mention inutile)	<input type="checkbox"/> chômeur(euse), invalide, pensionné(e) ___ / ___ / ___ (biffer la mention inutile)
<input type="checkbox"/> bénéficiaire d'une pension de survie depuis le ___ / ___ / ___	
<input type="checkbox"/> travailleur(euse) indépendant(e) depuis le ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> travailleur(euse) indépendant(e) depuis le ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> sans profession depuis le ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> sans profession depuis le ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> autres _____ depuis le ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> autres _____ depuis le ___ / ___ / ___

5. Autres membres du ménage

► Complétez ci-après les renseignements relatifs à tous les autres membres du ménage. **Ne mentionnez pas les enfants pour lesquels nous payons des allocations familiales.**

Lien avec les enfants:
 p.ex. grand-mère, oncle,
 père adoptif, tuteur,
 aucun lien.

Situation professionnelle:
 p.ex. travailleur indépendant,
 salarié, bénéficiaire d'une
 pension de survie, chômeur,
 etc.

1. nom et prénom _____
 né(e) le ___ / ___ / ___ lien _____
 situation professionnelle _____
 dans le ménage du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___

2. nom et prénom _____
 né(e) le ___ / ___ / ___ lien _____
 situation professionnelle _____
 dans le ménage du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___

6. Signature

► Les formulaires qui n'ont pas été entièrement complétés ou qui n'ont pas été signés seront renvoyés.

Je déclare avoir rempli correctement le présent formulaire. Je sais que la communication délibérée de données inexactes est punissable.

Date ___ / ___ / ___

Téléphone ___ / ___ / ___



Signature _____