

3. Votre situation professionnelle et/ou celle d'une autre personne faisant partie de votre ménage, a-t-elle changé?



Si « oui », complétez le tableau ci-dessous !
Si « non » veuillez ne rien écrire dans le tableau s.v.p. !

 OUI

 NON

situation professionnelle	Vous-même	conjoint ou partenaire avec qui vous cohabitez	autre personne : nom : prénom :
indépendant, conjoint aidant ou aidant	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
sans profession	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
salarié(e) ou fonctionnaire - travaillant moins qu'un mi-temps - travaillant au moins à mi-temps	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (du au)
chômeur(se) indemnisé(e)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
pensionné(e)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
Reconnu(e) en incapacité de travail	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
autres (à préciser) par ex. cessation, faillite, interruption de carrière, handicapé(e), ...	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)

4. Des allocations familiales ont-elles été versées par un autre organisme?


 OUI

 NON

Dans l'affirmative, prière de compléter les cases suivantes :

Date (du ... au ..., depuis le ...)

Pour quel(s) enfant(s)? nom & prénom :	
Nom et adresse de l'organisme :	
Numéro de dossier :	

Signature

Je déclare que les données reprises sur ce formulaire sont exactes et complètes.

Je sais que :

- le fait de ne pas compléter / renvoyer le présent document peut entraîner la cessation du paiement des allocations familiales;
- les déclarations fausses ou inexactes peuvent entraîner des poursuites judiciaires;
- j'ai l'obligation légale de signaler dans les 15 jours toute modification des renseignements figurant dans ce formulaire;
- le non-paiement de cotisations sociales entraîne la suspension de l'octroi des allocations familiales



Fait à

le / /



Signature (ne pas
signer par
procuration)

Les données qui vous sont demandées ne seront utilisées qu'aux seules fins d'instruire votre dossier de sécurité sociale. Vous avez le droit de consulter ces données et au besoin de les faire rectifier. Pour ce faire il vous suffit de vous adresser à la personne qui gère votre dossier (voir recto du présent document).