

Demande d'allocation de prise en charge



1. Données personnelles de la personne soumettant la demande

1.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

1.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

1.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

1.4 Numéro AVS

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

1.5 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

Téléphone / Portable

E-Mail

1.6 Existe-t-il une curatelle ?

☐ oui ☐ non

Si oui : Nom et adresse du curateur

Adresse complète avec rue, NPA, lieu

Siège de l'autorité de protection de l'adulte

Adresse complète avec rue, NPA, lieu

A joindre : Copie de l'acte de nomination du curateur et la description des obligations et des tâches

2. Données personnelles de l'enfant

2.1 Nom

2.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

2.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

2.4 Numéro AVS

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

Statut

☐ propre enfant ☐ enfant du partenaire ☐ enfant recueilli

Annexe pour les parents nourriciers : autorisation concernant le lien nourricier

Annexe pour les beaux-parents :

- documents attestant l'existence d'un ménage commun avec le parent biologique (par ex. attestation de domicile, contrat de bail à loyer, etc.) ;
- documents attestant que le parent biologique avec lequel le beau-parent fait ménage commun est détenteur de l'autorité parentale et du droit de garde (de manière exclusive ou conjointe) ;
- documents attestant qu'un des deux parents a renoncé intégralement à son droit au congé de prise en charge.

2.5 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

3. Données personnelles du second ayant droit

3.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

3.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

3.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

3.4 Numéro AVS

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

3.5 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

Téléphone / Portable

E-Mail

4. Indications concernant la répartition du congé de prise en charge

Comment prévoyez-vous de répartir le congé de prise en charge de 70 jours ou de 98 indemnités journalières maximum avec l'autre parent ayant droit à l'allocation ?

Personne soumettant la demande

Second ayant droit

La répartition peut être adaptée ultérieurement. Si les parents ne parviennent pas à se mettre d'accord, 49 indemnités journalières seront attribuées à chacun.

5. Indications concernant l'activité lucrative avant son interruption

Il faut mentionner **tous** les employeurs. Toutes les feuilles complémentaires (formulaire 318.745) doivent être envoyées ensemble à la même caisse de compensation. Une seule demande d'allocation de prise en charge peut être déposée.

5.1 Exercez-vous actuellement une activité lucrative ?

☐ salariée/salarié

Nom et adresse de **tous** les employeurs

Faire remplir la **chapitre 6** de ce formulaire

A joindre : Formulaire 318.745

A joindre : Formulaire 318.745

☐ indépendante/indépendant

Veillez envoyer la demande à la caisse de compensation auprès de laquelle vous décomptez les cotisations AVS en tant qu'indépendant/e.

A joindre : Copie de la décision de cotisations de la caisse de compensation

5.2 Une maladie ou un accident vous empêchent-ils en partie ou complètement de travailler ?

☐ oui ☐ non

☐ accident

☐ maladie

Avez-vous touché ou touchez-vous des indemnités journalières ?

☐ en vertu de la LAMal (loi fédérale) ?

☐ en vertu de la LCA (loi sur le contrat d'assurance / indemnités journalières de l'employeur) ?

☐ oui ☐ non

A joindre : Copie des décomptes établis depuis le début de l'incapacité de travail

5.3 Étiez-vous/êtes-vous au chômage ?

☐ oui ☐ non

de

jj, mm, aaaa

à

jj, mm, aaaa

Avez-vous touché ou touchez-vous des indemnités journalières de l'assurance chômage ?

☐ oui ☐ non

A joindre : Copie des tous les décomptes des indemnités journalières de l'AC

Avez-vous pris un congé de prise en charge parallèlement à la perception des indemnités journalières de l'assurance-chômage ?

☐ oui ☐ non

6. Salaire

L'employeur doit fournir des informations sur le dernier salaire soumis à cotisations AVS perçu par la salariée/salarié.

S'agit-il d'un revenu régulier ?

☐ oui
☐ non

Questions **a)** à **e)** et **f)** à **k)**

Questions **f)** à **k)**

Annexe : Le journal des salaires doit **impérativement** être joint à la demande.

Questions a) à e)

a) Dernier salaire mensuel soumis à cotisations AVS

CHF

☐ x12 ☐ x13

b) Salaire horaire (sans la part du 13^e salaire ni les indemnités de vacances ou pour jours fériés)

CHF

Heures de travail par semaine

c) Autres formes de rémunération :
salaire soumis à cotisations AVS
des 4 dernières semaines

CHF

d) Salaire en nature (logement et
nourriture) ou salaire global (pour
les collaborateurs membres de la
famille)

☐ heure ☐ mois ☐ 4 semaines ☐ année

CHF

e) Autres rémunérations :
(gratifications, provisions,
pourboires, parts du 13^e salaire en
cas de salaire horaire, etc.)

☐ heure ☐ mois ☐ 4 semaines ☐ année

CHF

Questions f) à k)

f) Durée du rapport de travail

de

à

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

g) S'agit-il de gains intermédiaires
réalisés durant la perception d'
indemnités de chômage ?

☐ oui ☐ non

h) Le versement du salaire a-t-il été
poursuivi durant les jours de congé ?

☐ oui ☐ non

%

du salaire

i) L'employé(e) est-il/est-elle imposé
(e) à la source ?

☐ oui ☐ non

j) L'employé(e) a-t-il/elle perçu une
indemnité journalière de l'assurance
maladie ou de l'assurance accident ?

☐ oui ☐ non

☐ en vertu de la LAMal (loi
fédérale) ?

☐ en vertu de la LCA (loi sur le
contrat d'assurance) ?

Nom de l'assureur:

k) Données sur l'employeur :

Nom

N° de décompte

Personne de référence

Téléphone

Courriel

Dans quel canton la personne concernée exerce-t-elle une activité professionnelle ?

7. Indications concernant les jours de congé pris

Date du premier jour de congé pris

Mois de la demande

1^{ère} semaine du mois de la demande

Jours de congé pris

Jours

Taux d'occupation en %	Nombre de jours de travail par semaine pour un emploi à plein temps	Nombre de jours de travail par semaine pour une emploi à temps partiel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
%	Jours	Jours

☐ semaine de travail complète

de	à
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

☐ Jours isolés

Jour de congé	Jour de congé
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jour de congé	Jour de congé
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jour de congé	Jour de congé
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jour de congé
<input type="text"/>
jj, mm, aaaa

2ème semaine du mois de la demande

Jours de congé pris
<input type="text"/>
Jours

Taux d'occupation en %	Nombre de jours de travail par semaine pour un emploi à plein temps	Nombre de jours de travail par semaine pour une emploi à temps partiel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
%	Jours	Jours

☐ semaine de travail complète

de	à
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

☐ Jours isolés

Jour de congé	Jour de congé
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jour de congé	Jour de congé
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jour de congé	Jour de congé
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Jour de congé
<input type="text"/>
jj, mm, aaaa

3ème semaine du mois de la demande

Jours de congé pris

Jours

Taux d'occupation en %

%

Nombre de jours de travail par semaine
pour un emploi à plein temps

Jours

Nombre de jours de travail par semaine pour une
emploi à temps partiel

Jours

☐ semaine de travail complète

de

jj, mm, aaaa

à

jj, mm, aaaa

☐ Jours isolés

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

4ème semaine du mois de la demande

Jours de congé pris

Jours

Taux d'occupation en %

%

Nombre de jours de travail par semaine
pour un emploi à plein temps

Jours

Nombre de jours de travail par semaine pour une
emploi à temps partiel

Jours

☐ semaine de travail complète

de

jj, mm, aaaa

à

jj, mm, aaaa

☐ Jours isolés

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

5ème semaine du mois de la demande

Jours de congé pris

Jours

Taux d’occupation en %

Nombre de jours de travail par semaine
pour un emploi à plein temps

Jours

Nombre de jours de travail par semaine pour une
emploi à temps partiel

Jours

☐ semaine de travail complète

de

jj, mm, aaaa

à

jj, mm, aaaa

☐ Jours isolés

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

Jour de congé

jj, mm, aaaa

8. Versement de l'allocation de prise en charge

L'allocation de prise en charge est versée :

- ☐ à l'employeur (versement ou bonification sur le prochain compte de cotisations)
- ☐ à la personne soumettant la demande, directement sur son compte bancaire ou postal suivant

Titulaire du compte

Nom et adresse de la banque / poste

Adresse complète avec rue, NPA, lieu

IBAN

Les demandes de versement de l'allocation de prise en charge à un tiers ou à une autorité doivent être présentées sur un formulaire de demande spécial (formulaire 318.182, fourni par les caisses de compensation ou disponible sur le site www.avs-ai.info). Elles seront dûment motivées.

Autres remarques

Remarques importantes et signature

En signant le présent formulaire, la personne assurée ou son représentant légal autorise la caisse de compensation à prendre contact avec des tiers afin d'obtenir les renseignements nécessaires au traitement de sa demande.

Les soussignés confirment avoir pris bonne note des dispositions susmentionnées et certifient que les indications fournies sont exactes.

Lieu et date

Signature de la personne soumettant la demande ou de son représentant légal / sa représentante légale

Lieu et date

Signature et sceau de l'employeur

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble.

Pièces à joindre à la demande :

- ☐ Pièces d'identité établissant clairement l'identité de toutes les personnes mentionnées dans la demande (par ex. livret de famille, permis d'établissement ou de séjour, attestation de domicile, récépissé des papiers déposés, passeport, carte d'identité, livret pour étranger) (copies)
- ☐ Copie des décomptes de l'AC
- ☐ Demande de versement de prestations à un tiers ou à une autorité qualifiée
- ☐ Copie des décomptes d'indemnités journalières de l'AA ou de l'AMal établis depuis le début de l'incapacité de travail
- ☐ Annexe pour les parents nourriciers : autorisation concernant le lien nourricier
- ☐ Annexe pour les beaux-parents : documents attestant l'existence d'un ménage commun avec le parent biologique (par ex. attestation de domicile, contrat de bail à loyer, etc.) ; documents attestant que le parent biologique avec lequel le beau-parent fait ménage commun est détenteur de l'autorité parentale et du droit de garde (de manière exclusive ou conjointe) ; documents attestant qu'un des deux parents a renoncé intégralement à son droit au congé de prise en charge.
- ☐ Feuille annexe à la demande d'allocation de prise en charge

9. Attestation médicale au sens de l'art. 16o LAPG

Un handicap ou une infirmité congénitale ne sont pas considérés en soi comme une atteinte grave à la santé au sens de la loi. C'est la raison pour laquelle ils n'ouvrent pas droit à une allocation de prise en charge lorsque l'état de santé de l'enfant est stable. Les parents d'un enfant en situation de handicap ou atteint d'une infirmité congénitale ne peuvent donc avoir droit à l'allocation de prise en charge qu'à condition que l'état de santé de l'enfant s'aggrave nettement, c'est-à-dire si les critères mentionnés ci-dessous sont remplis.

Des maladies bénignes ou des séquelles légères d'un accident ainsi que des atteintes à la santé de gravité moyenne peuvent nécessiter une hospitalisation ou un suivi médical régulier et rendre la vie quotidienne plus difficile. Dans un tel cas (par ex. fracture, diabète, pneumonie), on peut toutefois prévoir une issue positive ou sous contrôle, et l'atteinte à la santé n'ouvre donc pas droit à l'allocation de prise en charge.

Médecin traitant

Nom

Prénom

Adresse

Téléphone / Portable

Courriel

Nom et prénom de l'enfant

Je confirme que l'enfant est gravement atteint dans sa santé au sens de l'art. 16o, let. a à d, LAPG et que tous les critères suivant sont remplis cumulativement.

- ☐ lorsqu'il a subi un changement majeur de son état physique ou psychique
- ☐ l'évolution ou l'issue de ce changement est difficilement prévisible, ou qu'il faut s'attendre à un handicap durable ou croissant, ou au décès
- ☐ une prise en charge accrue par les parents est nécessaire
- ☐ au moins l'un des parents interrompt son activité lucrative pour prendre en charge l'enfant

Les critères doivent être remplis de manière cumulative.

Date et lieu

Timbre et signature du médecin