

Incapacité de travail en cas de maladie ou d'accident

Loi fédérale sur les allocations familiales (art. 13)

Ordonnance fédérale sur les allocations familiales (art. 10)

1. Instructions

Le point 2 du formulaire doit être rempli par le/la requérant/e. Le point 3 est à compléter par le dernier employeur et le point 4 est à faire remplir au médecin traitant.

2. Données du bénéficiaire

Nom/Prénom : _____ Numéro AVS : _____
Rue/No : _____ Date de naissance : _____
NPA/Lieu : _____ Nationalité : _____
Etat civil : _____ No de téléphone : _____
Depuis le : _____ E-Mail : _____

3. Attestation de l'employeur

Nom et adresse complète de l'employeur : _____

Employé/e depuis le : _____

Employé/e jusqu'au : _____

L'entreprise a versé les allocations familiales au salarié/e jusqu'au : _____

Durant l'incapacité de travail, avez-vous continué à verser un salaire soumis aux cotisations AVS de plus de CHF

630.- **par mois** ? Oui Non

Si oui, jusqu'à quelle date ? _____

Observations : _____

Lieu et date :

Sceau et signature de l'employeur :

Lieu et date :

Signature de l'employé/e :

4. Attestation médicale

Nom, prénom et adresse du médecin traitant : _____

Début de l'incapacité de travail : _____

Fin de l'incapacité de travail (si connue) : _____

Période de l'incapacité de travail* :

Degré de l'incapacité (%) :

du _____ au _____

_____ %

*Prière d'attester chaque période séparément

Lieu et date :

Sceau et signature du médecin traitant :
