ECAS
KSVA

Caisse de compensation
Ausgleichskasse
Fribourg – Freiburg

Impasse de la Colline 1, 1762 Givisiez
T +41 26 426 79 00 — www.ecasfr.ch

Prestations complémentaires pour familles (PCFam)

Annexe 1 – Requérant·e (personne qui présente la demande)

1. Identité

Nom/Prénom : _____ Numéro AVS : _____

Rue/No : _____ Date de naissance : _____

NPA/Lieu : _____ Nationalité + permis : _____

Etat civil : _____ No de téléphone : _____

Depuis le : _____ E-Mail : _____

Existe-t-il une curatelle ? ☐ non ☐ oui *(si oui, veuillez joindre le justificatif y relatif)*

Situation professionnelle (plusieurs cases possibles)	
☐ Salarié·e / chômage / indépendant·e	☐ Étudiant·e / apprenti·e
☐ Rentier-ère AVS/AI	☐ Autres, veuillez préciser ci-dessous :
☐ Sans activité lucrative	_____

Séjour hors domicile		Annexes à fournir
Résidez-vous à une autre adresse en raison d'une formation ou pour des raisons professionnelles ? *Si oui, indiquer le lieu et les dates :* _____ _____	☐ non ☐oui	*Joindre l'attestation de formation mentionnant la durée de la formation, le contrat de travail et/ou une attestation de votre employeur.*
Résidez-vous dans un centre de détention pénitentiaire ? *Date d'entrée :* _____ *Date provisoire de sortie :* _____	☐ non ☐oui	*Joindre la décision judiciaire relative à la durée de l'incarcération.*
Résidez-vous dans un établissement médico-social, un home non médicalisé, une institution, une famille d'accueil, un hôpital ou tout autre établissement sanitaire ? *Date d'entrée :* _____ *Date provisoire de sortie :* _____	☐ non ☐oui	*Joindre une attestation de l'établissement indiquant la date d'entrée et la durée probable du séjour.*

2. Dépenses

		Montant annuel	Annexes à fournir
Prime d'assurance maladie LAMal		CHF _____	*Joindre le/la certificat/police d'assurance de la caisse-maladie indiquant les primes LAMal.*
Cotisations AVS/AI/APG pour personnes sans activité lucrative	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre la décision d'affiliation en tant que personnes sans activité lucrative.*
Prestations d'entretien dues (pensions alimentaires)	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre la décision judiciaire et preuves récentes du paiement.*

3. Fortune au 31 décembre de l'année précédente

Fortune mobilière			
Dépôt d'épargne, titres, créances, prêts, argent liquide, comptes bancaires à l'étranger	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie des relevés bancaires, titres, comptes postaux au 31 décembre de l'année qui précède le dépôt de la demande.*
Voiture, bétail, marchandise (sauf mobilier de ménage)	☐ non ☐oui	CHF _____	
Assurance-vie ou de rente viagère, valeur de rachat	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre la police d'assurance et/ou l'attestation si la valeur de rachat n'est pas imposée.*

Fortune et dette immobilière			
Propriété immobilière habitée par le/la requérant·e	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre le dernier avis de taxation.*
Autres immeubles, terres, forêts	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre le dernier avis de taxation.*
Biens immobiliers à l'étranger	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre le dernier avis de taxation.*
Dettes hypothécaires	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre l'attestation indiquant le solde au 31 décembre.*

Donations / successions

Avez-vous cédé des capitaux, des droits ou des biens à vos enfants ou à d'autres tiers ? ☐ oui ☐ non
(joindre acte notarié ou autre pièce justificative)
Si oui, à quelle date ? _____ Montant : CHF _____
Bénéficiaire : _____
Remarques : _____
_____

Hoiries

Êtes-vous membre d'une hoirie ? ☐ oui ☐ non (joindre une pièce justificative confirmant le montant)
Si oui, laquelle ? _____
Remarques : _____
_____

4. Revenus

		Montant annuel	Annexes à fournir
Revenu net d'une activité lucrative salariée	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie du contrat de travail en vigueur ainsi que le dernier certificat de salaire.* *Joindre les pièces justificatives, décomptes, quittances sans quoi aucune déduction ne sera admise.*
Frais d'obtention du revenu (transports, repas, garde des enfants).	☐ non ☐oui	CHF _____	
Activité auprès d'autres employeurs	☐ non ☐oui	CHF _____	
Indemnités journalières de l'assurance-maladie, accidents, chômage, invalidité, militaire, assurance perte de gain en cas de service et de maternité, etc.	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie de la dernière décision indiquant le droit à l'indemnité journalière ainsi que le dernier décompte indiquant le montant actuel.*
Rentes AVS, AI, AA, LPP, étrangère, etc.	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel.*
Revenu net d'une activité indépendante	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie du bilan d'activité de l'année dernière.*
Revenu en nature (entretien, nourriture, logement gratuit, etc.)	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre le contrat/convention ainsi que les explications.*
Pensions alimentaires et avances sur pensions alimentaires	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie de la décision judiciaire ou de la convention d'entretien.*
Aide sociale	☐ non ☐oui, depuis le _____		*Joindre une attestation du service social indiquant les périodes.*

Revenus (suite)

		Montant annuel	Annexes à fournir
Allocations pour impotent de l'AVS/AI/AA	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie de la dernière décision.*
Bourses d'études	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie de la dernière décision.*
Aides individuelles au logement	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre le justificatif récent indiquant le montant versé.*
Prestations reçues en vertu d'un contrat d'entretien viager ou de tout autre convention	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie de la dernière décision ou convention.*
Loyers ou fermages encaissés	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie de la dernière déclaration d'impôt ou justificatif confirmant le montant des loyers/fermages encaissés.*
Valeur locative, droit d'habitation, usufruit	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie de l'acte notarié ainsi qu'une copie de la dernière taxation fiscale.*
Intérêts de livrets d'épargne, de titres, de comptes courants, etc.	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre l'attestation d'intérêts de l'année précédente.*
Allocations familiales	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie de la dernière décision.*
Sous-location	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre une copie du contrat de sous-location et justificatif relatif au dernier montant reçu.*
Revenus provenant d'une succession non partagée	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre les pièces justificatives.*
Autres revenus (non précités)	☐ non ☐oui	CHF _____	*Joindre les pièces justificatives.*

5. Remarques complémentaires

_____

_____

_____

_____

6. Déclaration

Le/la requérant·e certifie que les indications données ci-dessus et dans les annexes sont complètes et véridiques. Il/elle s'engage à signaler sans délai toute modification de la situation personnelle et économique des personnes comprises dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle à la Caisse de compensation du canton de Fribourg, Section APG – PC Familles, case postale, 1762 Givisiez ainsi qu'auprès de son guichet familles (par exemple : changement d'adresse, modification des personnes faisant ménage commun, mariage, décès, début ou fin d'apprentissage ou d'études, reprise ou cessation d'une activité lucrative, octroi d'indemnités de chômage ou d'autres prestations d'assurances, augmentation ou diminution du revenu ou de la fortune, vente ou transfert de biens immobiliers, début ou fin de prestations de caisse-maladie, séjour à l'étranger). Par l'apposition de sa signature ou de celle de son/sa représentant·e sur le formulaire de demande de PC Familles, le/la requérant·e est rendu·e attentif-ive au fait que l'Etablissement cantonal des assurances sociales (ECAS) peut requérir auprès du Service cantonal des contributions (SCC) les informations fiscales nécessaires à l'examen de son dossier, conformément à l'article 23 alinéa 2 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires pour les familles (LPCFam). D'autre part, il autorise l'ECAS à transmettre au SCC les informations concernant les prestations financières versées en relation avec sa décision. L'avis de taxation émis par le Service cantonal des contributions est une source de renseignements utilisée dans les contrôles d'exactitude des déclarations du/de la requérant·e. Les administrations concernées s'informent réciproquement du montant des éléments entrant dans leurs calculs respectifs (art. 14 al. 2, let. b LPrD).

Le/la requérant·e prend connaissance que toute prestation complémentaire pour familles perçue indûment, sur la base d'informations erronées ou incomplètes, devra être restituée. Enfin, le/la requérant·e prend acte de l'art. 20 al. 3 RPCFam mentionnant que l'ayant droit, ainsi que chaque membre de la famille majeur·e est tenu·e solidairement responsable de la restitution de la totalité du montant indûment versé.

Lieu : _____ Date : _____ Signature du/de la requérant·e ou de son/sa représentant·e légal·e : _____

7. Détail des capitaux (dépôts d'épargne, titres, créances, prêts, argent liquide ; (Etat au 31 décembre de l'année précédente)

Nature (Banque, numéro de compte, titre, créance, prêt, argent liquide)	**Montant** du placement au 31 décembre de l'année précédente (joindre attestation)	Revenu brut (**intérêts**) de l'année dernière (joindre attestation)
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
Total à reporter dans la formule de demande	**CHF**	**CHF**

Je déclare ne pas posséder d'autres comptes bancaires ou postaux, titres, assurances-vie, argent liquide ou métaux précieux que ceux mentionnés ci-dessus.

Lieu : _____ Date : _____ Signature du/de la requérant·e ou de son/sa représentant·e légal·e : _____

8. Compensation avec des paiements rétroactifs et cession de créance

La Caisse de compensation du canton de Fribourg peut être appelée à verser des prestations complémentaires pour familles à titre d'avances selon l'art. 3 LPCFam sur les rentes ou indemnités journalières dues au titre de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité, de la prévoyance professionnelle, de la loi sur les allocations pour pertes de gain, de l'assurance-militaire, de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-maladie, ainsi que des prestations complémentaires de l'AVS/AI et des allocations familiales. A ce titre, elle est habilitée selon l'article 27 al. 1 LPCFam à requérir le versement direct des rentes, indemnités journalières, prestations et allocations versées rétroactivement.

Le/la requérant·e est rendu·e attentif·ve au fait que si le/la requérant·e se voit reconnaître à titre rétroactif des prestations selon l'art. 27 al. 1 LPCFam, la Caisse de compensation du canton de Fribourg peut, sans autres, les compenser avec les prestations qu'elle a avancées pour cette même période et jusqu'à hauteur du montant versé rétroactivement (art. 19 alinéa 1 de la RPCFam). Ce document sera adressé aux institutions d'assurances concernées afin d'obtenir le versement direct des prestations versées à titre rétroactif.

Par la signature de ce document, le/la requérant·e donne cession à la caisse de compensation du canton de Fribourg de toutes autres créances que celles prévues à l'art. 27 al. 1 LPCFam (par ex. versement rétroactif de pensions alimentaires, prestations d'assurance/institution privée, etc.) afin que cette dernière puisse les compenser avec les avances qu'elle a versées pour cette même période et jusqu'à concurrence du montant versé rétroactivement. A ce titre et si cela devait s'avérer nécessaire, le/la requérant·e autorise la Caisse de compensation du canton de Fribourg à entreprendre les démarches nécessaires en vue d'obtenir les informations utiles à l'exercice de la compensation. Il est précisé qu'il appartient au/à la requérant·e de communiquer ces informations à la Caisse de compensation et d'informer également les personnes ou institutions concernées de la cession de créance à la Caisse de compensation du canton de Fribourg.

Le/la requérant·e reconnaît que, dans ce cadre, aucun paiement direct ne pourra lui être versé pour la période concernée si une compensation a été engagée.

Déclaration du/de la requérant·e ou de son/sa représentant·e légal·e

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro AVS : _____

déclare consentir expressément à ce que la caisse de compensation applique les compensations mentionnées ci-dessus et agisse en son nom pour faire valoir les créances nécessaires, conformément aux dispositions ci-dessus.

Lieu : _____ Date : _____ Signature du/de la requérant·e ou de son/sa représentant·e légal·e : _____

Imprimer | Enregistrer | Effacer