

## Demande d'allocation d'adoption

Les parents d'adoption ont un droit d'option.

Ils désigneront lequel des deux parents percevra l'allocation d'adoption.

### Les deux parents exercent-ils une activité lucrative ?

Père	<input type="text"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="text"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

#### Père

( si indépendant mentionnez " INDEPENDANT " )

Noms et adresses des  
employeurs respectifs

Depuis quelle date ?

Tél:

#### Mère

( si indépendante mentionnez " INDEPENDANTE " )

Noms et adresses des  
employeurs respectifs

Depuis quelle date ?

Tél:

### - DROIT D'OPTION

Père	<input type="text"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="text"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

L'autre parent adoptif s'engage à ne pas demander d'allocation d'adoption.

Le parent qui percevra l'allocation d'adoption complètera les points 1 à 6 ci-après.

Date

Signature des deux parents

# 1. Identité

Numéro AVS

Pour les personnes mariées ou veuves, indiquer aussi le nom de célibataire

1.1 **Nom de famille**

Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel

1.2 **Prénoms**

Jour, mois, année  exemple ( 27, 08, 1962 )

1.3 **Date de naissance**

Numéro postal, rue, numéro, localité

1.4 **Domicile et adresse exacte**

Depuis quelle date ?

1.5 **Etat civil** Marquer d'une croix ce qui convient

Célibataire      Marié(e) depuis      Veuf(ve) depuis      Divorcé(e) depuis      Séparé(e) depuis

                         

1.6 **Origine** Commune d'origine / Canton      Nationalité Suisse depuis

Pour les Suisses

**Origine** Nationalité

pour les étrangers

# 2. Enfants

Indiquer le ou les enfants ouvrant les droits à une allocation d'adoption

2.1 Enfants adoptés, ouvrant le droit à une allocation d'adoption

Nom de famille      Prénoms      Date de naissance      Nom de famille

1.

2.

# 3. Indications maladie et accident

3.1 Incapacité de travail due à la maladie ou à un accident

- Maladie  OUI  NON

- Accident  OUI  NON

3.2 Entière

durée      Nom et adresse de la caisse-maladie ou de  
du      au      l'assurance-accidents

3.3 Partielle

heures      heures      durée      Nom et adresse de la caisse-maladie ou de  
par jour      par semaine      du      au      l'assurance-accidents

## 4. Périodes de chômage

4.1 Etes-vous ou avez-vous été au chômage durant les 12 derniers mois.

( Veuillez joindre votre dernier décompte mensuel )

OUI  NON

4.2 Complète ( lorsque le contrat de travail est résilié )

durée  
du au Nom et adresse de la caisse  
d'assurance-chômage

--

4.3 Partielle ( lorsque le contrat existe toujours )

heures heures durée  
par jour par semaine du au Nom et adresse de la caisse  
d'assurance-chômage

--

## 5. Mode de paiement

5.1 Sur quel mode de versement portez-vous votre choix ?

- à l'assuré(e)  
 à l'employeur

- Virement sur **compte bancaire** ( dénomination précise, par exemple compte d'épargne, compte de dépôt, livret d'épargne )

Numéro

auprès de ( nom et adresse de la banque ou de l'agence )

N° du compte de chèques postaux de la banque

N° du clearing banque

- Virement sur le **compte postal** N°

En principe, l'allocation d'adoption est versée uniquement sur un compte bancaire ou postal en Suisse. Sur demande, l'allocation d'adoption peut toutefois être payée en espèce, par mandat postal **en Suisse uniquement**.

Les demandes de versement de l'allocation d'adoption à un tiers ou à une autorité doivent être présentées sur un formulaire spécial. Elles seront dûment motivées.

### **! ATTENTION !**

**Toute modification de paiement de l'allocation d'adoption doit être annoncée à la Caisse avant les échéances de paiement ( elle seront mentionnées sur votre décision).**

## 6. Indications concernant la profession et l'activité exercée jusqu'ici

6.1 **Personnes exerçant une activité lucrative** ( voir 6.3 pour l'activité accessoire )

Les indépendants porteront sous " employeurs " la mention " indépendant ". Les personnes exerçant à la fois une activité indépendante et une activité salariée indiqueront ci-dessous leurs revenus bruts correspondant à leur activité salariée, **le revenu de l'activité d'indépendant** sera calculé, sur l'estimation servant aux acomptes des cotisations AVS/AI/APG de l'année en cours.

## 6.2 Activité principale

Genre	Nom et adresse des employeurs	Durée du	au	A quelle Caisse de compensation	No° Affilié (employeur)
-------	-------------------------------	----------	----	---------------------------------	-------------------------

--	--	--	--	--	--

### A remplir par l'employeur

**Date exacte de la cessation effective de l'activité lucrative:**

Date:

**Salarié(e) à l'heure:**

( sans indemnités de vacances )

Dernier salaire horaire pour  heures par semaine

Fr./Cts.

**Salarié(e) au mois:**

Salaire brut du dernier mois civil

Fr./Cts.

**Autre salarié(e):**

Salaire brut des 4 dernières semaines

Fr./Cts.

**Autres rémunérations: ( 13ème salaire, provisions, gratifications, taxes de service, etc ... )**

heure  mois  4 semaines  an

Fr./Cts.

**Salaire en nature ( nourriture et logement ) ou salaire global ( pour les personnes collaborant dans l'exploitation familiale )**

heure  mois  4 semaines  an

Fr./Cts.

**Le salarié(e) était-il occupé(e) en permanence chez vous durant les 9 derniers mois ?**

si non, du  au

Fr./Cts.

**Quel salaire versez-vous à votre salarié(e) pendant le congé d'adoption ?**

Fr./Cts.

- Pendant combien de semaines versez-vous ce salaire ?

**D'autres prestations sont-elles accordées pendant le congé d'adoption par une autre assurance ?**

OUI  NON

( indemnités journalières de l'assurance maladie sociale ou privée, de l'assurance-chômage, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents, de l'assurance-militaire ? )

- le cas échéant par quelle institution ?

- Quel en est le montant ?

Fr./Cts.

Date:

No°. d'affilié

**Timbre et signature de l'employeur**

### 6.3 Activité accessoire

Genre	Nom et adresse des employeurs	Durée du	au	A quelle Caisse de compensation	No° Affilié (employeur)

#### A remplir par l'employeur

**Date exacte de la cessation effective de l'activité lucrative:**

Date:

**Salarié(e) à l'heure:**

( sans indemnités de vacances )

Dernier salaire horaire pour heures par semaine

Fr./Cts.

**Salarié(e) au mois:**

Salaire brut du dernier mois civil

Fr./Cts.

**Autre salariée:**

Salaire brut des 4 dernières semaines

Fr./Cts.

**Autres rémunérations: ( 13ème salaire, provisions, gratifications, taxes de service, etc ... )**

heure  mois  4 semaines  an

Fr./Cts.

**Salaire en nature ( nourriture et logement ) ou salaire global ( pour les personnes collaborant dans l'exploitation familiale )**

heure  mois  4 semaines  an

Fr./Cts.

**Le salarié(e) était-il occupé(e) en permanence chez vous durant les 9 derniers mois ?**

si non, du  au

Fr./Cts.

**Quel salaire versez-vous à votre salarié(e) pendant le congé d'adoption ?**

Fr./Cts.

- Pendant combien de semaines versez-vous ce salaire ?

**D'autres prestations sont-elles accordées pendant le congé d'adoption par une autre assurance ?**

OUI  NON

( indemnités journalières de l'assurance maladie sociale ou privée, de l'assurance-chômage, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents, de l'assurance-militaire ? )

- le cas échéant par quelle institution ?

- Quel en est le montant ?

Fr./Cts.

Date:

No°. d'affilié

**Timbre et signature de l'employeur**

## 8. Remarques complémentaires

### OBSERVATIONS

L'allocation d'adoption ne peut être accordée que si l'ayant-droit cesse effectivement son activité lucrative pendant la période du congé d'adoption.

L'employeur et le requérant(e) soussignés s'engagent à respecter cette exigence de la cessation de travail pendant toute la durée du congé d'adoption.

Si toutefois l'activité lucrative devait être reprise avant l'expiration des 16 semaines de congé d'adoption, les soussignés s'engagent à en informer la Caisse de compensation.

Toutes prestations versées à tort sont soumises à restitution.

Les soussignés(es) certifient avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Date

Signature de l'assuré(e)

Date

Signature de l'employeur(s)

### DOCUMENTS A JOINDRE AU PRESENT QUESTIONNAIRE:

- Autorisation de placement en vue d'adoption