

Caisse cantonale valaisanne d'allocations familiales CIVAF  
Case postale  
Av. Pratifori 27  
1951 Sion

Tél. 027 324 94 10

Fax 027 607 01 51  
www.civaf.vs.ch  
infocivaf@avs.vs.ch

## Demande d'allocations simplifiée pour enfants

**À REMPLIR PAR LE/LA SALARIE/E**

### 1. Données concernant le/la demandeur/se

Nom \_\_\_\_\_ N° AVS (13 chiffres) \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Adresse : rue, n° \_\_\_\_\_ NP, localité \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Profession principale \_\_\_\_\_ Profession accessoire \_\_\_\_\_  
 Etat civil  marié/e  remarié/e  partenariat enregistré  célibataire  veuf/ve  séparé/e  divorcé/e  
 ↪ depuis le \_\_\_\_\_ Permis de travail  L  B  C  G  F  N  S  
 Nationalité (Etat) \_\_\_\_\_  **Autorisation pour < 90 jours**  
 (Joindre **obligatoirement** une photocopie du permis)

#### Attestation de l'employeur principal (y compris employeur en cas de gains intermédiaires par chômage)

Nom, prénom ou raison sociale, localité : \_\_\_\_\_  
 Début d'activité (jour, mois, année) \_\_\_\_\_ Salaire annuel brut (AVS) \_\_\_\_\_  
 Taux d'activité  100 %  partiel \_\_\_\_\_ % Fin d'activité si prévue (jour, mois, année) \_\_\_\_\_  
 Salaire brut : par mois CHF \_\_\_\_\_, par heure CHF \_\_\_\_\_, heures/semaine \_\_\_\_\_  
 13<sup>ème</sup> salaire \_\_\_\_\_ % CHF \_\_\_\_\_ Lieu d'activité \_\_\_\_\_  
 A été malade ou accidenté à 100% depuis la période indiquée au point 4, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 Lieu et date \_\_\_\_\_ Timbre et signature \_\_\_\_\_

**Autre employeur** (nom, prénom ou raison sociale, localité) \_\_\_\_\_

Début d'activité (jour, mois, année) \_\_\_\_\_ Salaire annuel AVS/brut \_\_\_\_\_

Fin d'activité si prévue (jour, mois, année) \_\_\_\_\_

**Autre employeur** (nom, prénom ou raison sociale, localité ) \_\_\_\_\_

Début d'activité (jour, mois, année) \_\_\_\_\_ Salaire annuel AVS/brut \_\_\_\_\_

Fin d'activité si prévue (jour, mois, année) \_\_\_\_\_

En cas de cumul d'activités lucratives, veuillez joindre une **attestation** de chaque employeur, dûment datée et signée, mentionnant : le début d'activité (jour, mois, année), le salaire annuel brut (AVS), le taux d'activité, le lieu d'activité, l'éventuelle date de fin d'activité si connue (jour, mois, année).

Etes-vous indépendant(e) dans l'agriculture  OUI  NON  
 Si oui, veuillez joindre la copie de la dernière décision de cotisations personnelles de l'année en cours

Etes-vous indépendant(e) en dehors de l'agriculture  OUI  NON  
 Si oui, veuillez joindre une attestation de la Caisse de compensation

## 2. Données sur les enfants

Je désire recevoir les allocations familiales pour le(s) enfant(s) suivant(s) :

---

---

---

---

---

---

## 3. Versement des allocations

N° du compte postal personnel \_\_\_\_\_

Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Nom et siège de la banque (n° postal et lieu) \_\_\_\_\_

N° Iban \_\_\_\_\_

## 4. Début du versement des allocations

Je demande à toucher les allocations dès le (indiquer la date exacte) \_\_\_\_\_

## 5. Déclaration et signature

Je déclare avoir répondu de façon complète et conforme à la vérité à toutes les questions. Je prends note qu'en donnant des indications inexactes ou incomplètes me permettant d'obtenir illicitement des allocations pour enfant, je me rends punissable pénalement et que je devrai restituer les prestations indûment touchées. Je m'engage en outre à informer immédiatement la Civaf de toute modification pouvant avoir une influence sur le droit aux allocations pour enfant, lors de tout changement intervenant dans ma situation de famille (décès ou placement d'un enfant, interruption d'études ou d'apprentissage, changement de canton de domicile ou lieu de résidence d'un enfant, séparation en droit ou en fait, en cas de maladie, accident ou chômage, etc.) ainsi que lors d'un changement de taux d'activité, de salaire ou d'employeur.

Lieu et date

Signature du/de la demandeur/se

---

---