

## **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 \_\_\_\_\_ oui  non

Mère \_\_\_\_\_ oui  non

---

**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 oui  non

Mère oui  non

---

**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)  
(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)

1.1. Nom et prénom(s) : \_\_\_\_\_

1.2. Date de naissance : 

--	--	--

1.3. Domicile et adresse exacte : (Numéro postal, rue, numéro, localité)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_

1.4. Etat civil (Marquer d'une croix ce qui convient) :

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

Depuis le : \_\_\_\_\_

1.5. Nationalité : \_\_\_\_\_

## 2. Enfant(s)

Indiquer le ou les enfant(s) ouvrant le droit à une allocation d'adoption.  
Enfant(s) adopté(s), ouvrant le droit à une allocation d'adoption

Nom de famille	Prénom(s)	Date de naissance
----------------	-----------	-------------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indiquer la date du placement en vue de l'adoption : \_\_\_\_\_

### 3. Indications maladie et accident

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

- Maladie      oui       non

- Accident      oui       non

Si oui, nom et adresse de la caisse-maladie ou de l'assurance-accidents :

---

Indiquer la période :    du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Entière : durée \_\_\_\_\_

Partielle : durée \_\_\_\_\_

### 4. Chômage

Etes-vous ou avez-vous été au chômage durant les 12 derniers mois ?       oui       non  
(Veuillez joindre vos 5 derniers décomptes de chômage)

Nom et adresse de la caisse d'assurance chômage :

---

5. **Activité principale du requérant :**       Salarié(e)       Indépendant(e) Taux d'activité \_\_\_\_\_ %

Nom et adresse de l'entreprise

---

---

Le requérant qui est occupé simultanément par plusieurs employeurs doit faire compléter à chacun d'eux une formule complémentaire (6.3). Cette formule est à retourner, jointe à la demande d'allocation, à la Caisse AVS de l'employeur principal du requérant.

5.1. **Activité accessoire :**       Salarié(e)       Indépendant(e) Taux d'activité \_\_\_\_\_ %

Nom et adresse de l'entreprise

---

---

**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.

**A remplir par l'employeur :**

Date exacte de la cessation effective de l'activité lucrative : \_\_\_\_\_

**- Salarié(e) à l'heure** (sans indemnités de vacances) :

Dernier salaire horaire pour \_\_\_\_\_ heures par semaine Fr./Cts. \_\_\_\_\_

**- Salarié(e) au mois :** Fr./Cts. \_\_\_\_\_

**- Autre salarié(e) :**

Salaire brut des 4 dernières semaines Fr./Cts. \_\_\_\_\_

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

heure  mois  semaine  an

Fr./Cts. \_\_\_\_\_

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

heure  mois  semaine  an

Fr./Cts. \_\_\_\_\_

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

Oui, date d'engagement : \_\_\_\_\_

Non, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

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

Fr./Cts. \_\_\_\_\_

**- Pendant combien de semaines versez-vous ce salaire ?** \_\_\_\_\_

**- Votre employé(e) est-il/elle assujetti(e) à l'imposition à la source ?**  Oui  Non

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

Oui  Non

Le cas échéant par quelle institution ? \_\_\_\_\_

Quel en est le montant ? Fr./Cts. \_\_\_\_\_

Personne de référence : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ N° d'affilié : \_\_\_\_\_

Timbre et signature de l'employeur : \_\_\_\_\_

## 7. Mode de paiement

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.

Titulaire du compte : \_\_\_\_\_

Nom de la banque : \_\_\_\_\_

Numéro de compte (IBAN) : **CH** \_\_\_\_\_

N° du clearing banque : \_\_\_\_\_

- Virement sur le compte postal N° \_\_\_\_\_

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) soussigné s'engagent à respecter cette existence 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 soussigné(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

### Documents à joindre au présent questionnaire :

- Copie acte d'adoption
- Autorisation de placement en vue d'adoption
- Copie d'un document indiquant la date du départ pour aller chercher l'enfant