

**CVC I****Caisse d'allocations familiales**

Av. d'Ouchy 47 - CP 315 - 1001 Lausanne

Tél. 021 613 35 12 - Fax 021 613 35 01 - caisse.af@avscvci.ch**N'oubliez pas :**
ni la signature, ni les annexes.

Questionnaire destiné aux personnes travaillant à l'heure (effectuant moins de 90 heures par mois)

Ce questionnaire doit permettre à la caisse de définir, selon les cas,
qui bénéficie des allocations familiales et / ou quel montant doit être accordé.

A remplir par l'employeur

_____ Numéro d'affilié _____ Raison sociale

Coordonnées de votre collaborateur/trice

_____ Nom / Prénom Madame Monsieur

_____ Rue / N° _____ NPA / Localité _____ Téléphone

_____ Numéro NSS > remplace le numéro AVS _____ Date de naissance _____ Nationalité

_____ Mois examiné _____ Heures effectuées _____ Salaire brut mensuel _____ Lieu de travail > canton

A remplir par l'employé/e

**A part l'emploi rémunéré à l'heure chez l'employeur ci-dessus,
veuillez nous préciser quelle était votre situation pour le mois concerné.**

> Cochez uniquement la réponse qui convient

 autre(s) activité(s) payée(s) à l'heure

_____ Nom de l'employeur _____ Rue / N° _____ NPA / Localité

_____ Canton _____ Début de l'activité _____ Salaire mensuel brut

_____ Nom de l'employeur _____ Rue / N° _____ NPA / Localité

_____ Canton _____ Début de l'activité _____ Salaire mensuel brut

 autre emploi payé au mois

_____ Nom de l'employeur _____ Rue / N° _____ NPA / Localité

_____ Canton _____ Début de l'activité _____ Salaire mensuel brut

 indemnités demandées à (ou obtenues de) la caisse de chômage

> joindre une copie du décompte de chômage pour le mois concerné

 pas eu d'autres rémunérations

_____ Lieu et date _____ Signature