



Demande d'allocation d'adoption

Cocher ce qui convient

A. INTRODUCTION

La partie B de ce questionnaire doit être remplie et signée par les personnes assurées qui demandent l'allocation d'adoption. Ce questionnaire est ensuite transmis :

- si elles ont la qualité de **salarié(e)** : à l'employeur et si elles ont plusieurs activités lucratives à l'employeur qui les occupent à titre principal
- si elles exercent une **activité indépendante** : à la caisse de compensation de la SSE (AVS 66.2)
- si elles sont au **chômage** : à leur dernier employeur

Avertissements

Pour faire valoir le droit allocation, l'ayant droit doit fournir tous les documents nécessaires à la détermination du droit. Sans ces derniers, aucun droit ne peut être octroyé.

Ce questionnaire ne peut en aucun cas être utilisé pour une demande d'allocations familiales.

Toute prestation versée à tort est soumise à restitution. En sus des sanctions prévues à l'article 17 LAMat, les poursuites pénales sont réservées.

B. PARTIE A REMPLIR PAR L'AYANT DROIT

1. **Nom et prénom(s)** : **N° salarié** :

2. **Date de naissance** : **N° AVS** :

3. **Nationalité** : ☐ Suisse ☐ Etat UE : ☐ Autre(s) :

Le cas échéant, de quelle autorisation de séjour/travail êtes-vous titulaire ?

☐ A (saisonnier) ☐ C (établissement) ☐ G (frontalier) ☐ N (asile)
☐ B (séjour) ☐ F (provisoire) ☐ L (courte durée)

4. **Etat civil** : ☐ célibataire ☐ veuf(ve) / ☐ marié(e) / ☐ séparé(e) / ☐ divorcé(e)
depuis le

5. **Domicile et adresse exacte** :
..... Téléphone :

6. **Enfant(s)** : **Nouveau-né(s) ou placé(s) en vue d'adoption ouvrant droit** à la prestation :

<u>Nom(s)</u>	<u>Prénom(s)</u>	<u>Date de naissance</u>
.....		
.....		

En cas d'adoption indiquer la date du placement en vue de l'adoption

7. **Conjoint** : Nom et prénom du conjoint : né le

Statut professionnel du conjoint : ☐ non-actif(ve) / ☐ salarié(e) / ☐ indépendant(e)
Si actif : coordonnées professionnelles :
.....

Nombre total d'enfant(s) dans la famille :

Les parents adoptifs s'engagent par leur signature (chiffre 13) à ne présenter qu'une seule demande

8. Activité principale de l'ayant droit : ☐ salarié(e) / ☐ indépendant(e) Taux d'activité (%) : %

Raison sociale
de l'entreprise
adresse
Tél.

9. Activité accessoire de l'ayant droit : ☐ salarié(e) / ☐ indépendant(e) Taux d'activité (%) : %

Raison sociale
de l'entreprise
adresse
Tél.

L'ayant droit qui est occupé simultanément par plusieurs employeurs doit faire compléter à chacun d'eux une formule spéciale disponible auprès de la caisse de compensation de la SSE (Agence AVS 66.2) (Tél. 022 949 19 19)

10. Indications générales :

a) Pendant le congé de maternité ou d'adoption, touchez-vous des **indemnités journalières perte de gain** :

- de l'assurance-accidents obligatoire	☐ oui / ☐ non	
- de l'assurance militaire	☐ oui / ☐ non	
- de l'assurance-maladie	☐ oui / ☐ non	
- de l'assurance-invalidité	☐ oui / ☐ non	
- de l'assurance-chômage	☐ oui / ☐ non	voir b) ci-dessous
- d'une autre assurance-maternité	☐ oui / ☐ non	

Nom et adresse de l'institution (assureur, CNA, caisse)

.....

b) En cas de **périodes de chômage**, veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre dernier employeur :

.....
les dates de chômage : du au

et **joindre vos derniers décomptes de chômage**

c) Date éventuelle de la **fin des rapports de travail** :

d) Date de **reprise de l'activité lucrative** :

11. Mode de paiement : Veuillez vous référer à la partie D, page 4 ci-après.

12. Remarques : Les allocations ne peuvent être accordées que si l'ayant droit cesse effectivement de travailler durant le congé. Si l'activité devait être reprise avant l'expiration du congé, le soussigné s'engage à en informer immédiatement la caisse. Il en va de même pour tout événement susceptible d'influencer la détermination du droit ou le versement de l'allocation.

13. Signature(s) : Lieu et date :

Signature de l'ayant droit ou de son représentant légal :

Signature du conjoint adoptif ou du représentant légal :

Caisse de l'industrie de la construction (CIC)

Caisse AVS 66.2 – Entrepreneurs Genève

Rue de Malatrex 14 - 1201 Genève - Téléphone 022 949 19 19 - Fax 022 949 19 20 - CCP 12-4493-3 - www.ccb.ch

C. PARTIE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

1. **Identité :** Raison sociale : N° entreprise :

Personne de référence : Tél. :

2. **Dates :** Date d'engagement : Date éventuelle de fin des rapports de travail :

Votre employé(e) a-t-il(elle) été occupé(e) en permanence durant les 3 derniers mois précédant l'accouchement ou le placement de l'enfant ? ☐ oui / ☐ non, dans ce cas indiquer les périodes :
du au

Dates du congé maternité : du au

3. **Salaire de base :** ☐ Salaire à l'heure
Dernier salaire brut horaire pour heures par semaine : CHF

☐ Salaire au mois
Salaire brut du dernier mois civil: CHF

4. **Autres revenus :** Indiquer la nature CHF
(p.ex. : 13^{ème}, provisions, gratifications, salaire en nature, allocation etc.) Montant annuel

5. **Indications générales :**

a) Quel montant de **salaire mensuel brut** continuez-vous à verser à votre employé(e) **durant le congé** ?

Pour la période du au CHF

b) Votre employé(e) est-il(elle) assujetti(e) à l'**imposition à la source** ? ☐ oui / ☐ non

c) D'**autres indemnités pour perte de gain** sont-elles accordées pendant le congé maternité ?

☐ non / ☐ oui du au Il s'agit d' :

☐ indemnités journalières de l'assurance-maladie/maternité sociale ou privée

☐ indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire

☐ indemnités journalières de l'assurance-invalidité

☐ indemnités journalières de l'assurance-chômage

☐ indemnités journalières de l'assurance-militaire CHF

Nom et adresse de l'institution
.....

6. **Mode de paiement :** Veuillez vous référer à la partie D, page 4 ci-après.

7. **Remarques :** Les allocations ne peuvent être accordées que si l'ayant droit cesse effectivement de travailler durant le congé. Si l'activité devait être reprise avant l'expiration du congé, le soussigné s'engage à en informer immédiatement la caisse. Il en va de même pour tout événement susceptible d'influencer la détermination du droit ou le versement de l'allocation.

8. **Signature(s) :** Lieu et date :

Timbre et signature :

.....

D. MODE DE PAIEMENT

1. En général :

Virement en Suisse uniquement

- ☐ à l'ayant droit (salarié, indépendant) → passer au chiffre 2 ci-dessous
☐ à l'employeur → passer au chiffre 3 ci-dessous

Toute modification d'adresse de paiement doit impérativement être annoncée au moins 7 jours avant chacune des échéances de paiement indiquées sur la décision.

2. Ayant droit :

a. ☐ sur compte bancaire :

Nom et adresse de la banque :

N° clearing bancaire : N° compte bancaire :

Bénéficiaire :

b. ☐ sur compte postal numéro :

Date et signature de l'ayant droit :

3. Employeur :

Continuez-vous à payer le salaire pendant le congé maternité ?

- ☐ non, dans ce cas il appartient à l'ayant droit de compléter le chiffre 2 ci-dessus
☐ oui, dans ce cas l'employeur a dû compléter la partie C, page 3 ci-avant

a. ☐ sur compte bancaire :

Nom et adresse de la banque :

N° clearing bancaire : N° compte bancaire :

Bénéficiaire :

b. ☐ sur compte postal numéro :

Date et signature de l'employeur :

Cette demande d'allocation de maternité ou d'adoption doit être adressée, après avoir été complétée et signée par les deux parties concernées, à la **Caisse de compensation de la SSE, Agence de Genève 66.2, rue de Malatrex 14, 1201 GENEVE**

Documents à joindre obligatoirement

- acte de naissance ou d'adoption
- copie de la carte d'identité ou du passeport

Autres documents remis (cocher les documents remis):

- | | |
|---|--|
| ☐ copie du livret de famille | ☐ attestation d'indépendant en cas d'affiliation à une autre caisse |
| ☐ copie du permis de séjour/travail de l'ayant droit | ☐ dernier(s) décompte(s) de l'assurance-chômage |
| ☐ attestation de salaire d'autre(s) employeur(s) | ☐ copie(s) des décomptes d'une autre assurance perte de gain |
| ☐ autres : | |