

Demande d'allocation de prise en charge

En qualité de mère ou de père de l'enfant, avez-vous dû interrompre ou réduire votre activité lucrative (travail) pour vous occuper de votre enfant mineur gravement atteint dans sa santé ? Dans ce cas, vous avez droit à un congé de prise en charge de 14 semaines. Ce congé peut être pris en bloc ou sous la forme de semaines ou de journées et être réparti entre les parents.

Nous avons besoin des informations suivantes pour pouvoir traiter votre demande aussi rapidement que possible :

À remplir par la personne demandeuse

1. Données personnelles de la personne demandeuse

Nom :

Prénom :

Numéro AVS :

7	5	6	.																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance :

Votre adresse actuelle :

Rue, Numéro :

NPA, Lieu :

Pays :

Pour les demandes de précisions :

Téléphone :

E-Mail :

Votre état-civil actuel :

célibataire divorcée veuve partenariat dissous

mariée (date du mariage) :

partenariat enregistré (date d'enregistrement) :



Une copie de la pièce d'identité (p.ex. passeport, carte d'identité) doit impérativement être jointe. Par ailleurs, les ressortissants étrangers doivent obligatoirement joindre aussi une copie de leur permis de séjour ainsi que, s'ils sont mariés, une copie du permis de séjour du conjoint.

2. Données personnelles de l'enfant et autres informations

Nom :

Prénom :

Numéro AVS :

7	5	6	.																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance :

Remarque

Vous trouverez le **numéro AVS** sur votre carte AVS ou votre carte de caisse-maladie et sur tous les documents personnels que GastroSocial vous a adressés.

Remarque

Vous trouverez le **numéro AVS** sur votre carte AVS ou votre carte de caisse-maladie et sur tous les documents personnels que GastroSocial vous a adressés.



Une copie de la pièce d'identité (p.ex. passeport, carte d'identité) doit impérativement être jointe. Pour les nouveaux-nés, une copie de l'acte de naissance (des actes de naissance en cas de naissances multiples) ou du livret de famille doit obligatoirement être jointe.

Adresse actuelle :

Rue, Numéro : _____

NPA, Lieu : _____ Pays : _____

L'enfant est-il/elle sous curatelle

Oui Nom/Prénom de la curatrice ou du curateur : _____

Adresse de la curatrice ou du curateur : _____

Siège de l'autorité de protection de l'adulte : _____



Une copie de l'acte de nomination de la curatrice ou du curateur et la description de ses obligations et tâches doivent obligatoirement être jointes.

Non

Statut de l'enfant :

Enfant propre

Enfant du conjoint

Les beaux-parents doivent impérativement fournir des documents indiquant :



- qu'il y a ménage commun avec le parent biologique (p.ex. attestation de domicile, contrat de location etc.) et
- que le parent biologique, avec lequel la personne fait ménage commun, détient l'autorité parentale (commune ou exclusive) et a la garde, et
- que l'un des parents biologiques a totalement renoncé à son droit de vacances.

Enfant recueilli

Les parents nourriciers doivent impérativement fournir le document suivant :



- L'autorisation d'accueil

3. Données personnelles de l'autre parent ayant droit

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro AVS :

7	5	6	.								
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance : _____

Remarque

Une **curatrice** ou un **curateur** fournit aide et conseils aux parents dans l'accomplissement de leurs tâches éducatives. Certains droits peuvent en outre être cédés à la curatrice ou au curateur.

Remarque

L'**acte de nomination** établi par l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) autorise la curatrice ou le curateur à prendre connaissance des intérêts à caractère administratif, juridique et personnel de la personne sous curatelle et à la représenter dans les rapports juridiques avec des personnes tierces.

Remarque

Vous trouverez le **numéro AVS** sur votre carte AVS ou votre carte de caisse-maladie et sur tous les documents personnels que GastroSocial vous a adressés.

Adresse actuelle :

Rue, Numéro : _____

NPA, Lieu : _____ Pays : _____

Pour les demandes de précisions :

Téléphone : _____ E-Mail : _____



Une copie de la pièce d'identité (p.ex. passeport, carte d'identité) doit impérativement être jointe. Par ailleurs, les ressortissants étrangers doivent obligatoirement joindre aussi une copie de leur permis de séjour ainsi que, s'ils sont mariés, une copie du permis de séjour du conjoint.

4. Comment le congé de prise en charge doit-il être réparti ?

Comment prévoyez-vous de répartir le congé de prise en charge de 70 jours de travail au maximum (ou 98 indemnités journalières) avec l'autre parent ayant droit ?

Nombre de jours de travail pour le congé de prise en charge

de la personne demandeuse : _____ jours

de l'autre parent ayant droit : _____ jours

5. Informations sur l'activité lucrative de la personne demandeuse avant le congé de prise en charge

Veillez cocher la mention qui convient et compléter la partie correspondante :

 Je suis actuellement employé-e dans une entreprise.

 Je suis actuellement indépendant-e.

 J'étais/Je suis actuellement sans emploi.

5.1 Vous êtes actuellement employé-e dans une entreprise.

Veillez compléter ci-dessous les données de l'employeur :

1^{er} employeur

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Important : le 1^{er} employeur doit remplir la partie 6 « **Données salariales** » de ce formulaire.

2^e employeur

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Important : le 2^e employeur doit compléter la « **Feuille complémentaire à la demande d'allocation de prise en charge** ».

Remarque

La répartition peut également être adaptée ultérieurement. En l'absence d'accord de répartition, chaque parent se voit attribuer 49 indemnités journalières.

Complétez **5.1** et **5.4**Complétez **5.2** et **5.4**Complétez **5.3** et **5.4****Important**

Si les deux parents font une demande de prestation, la caisse de compensation compétente est celle auprès de laquelle **le premier jour de congé indemnisé** est pris. L'allocation de prise en charge ne peut pas être demandée **plusieurs fois**.

Important

À partir du 2^e employeur, une **feuille complémentaire à la demande d'allocation de prise en charge** doit être complétée pour chaque employeur supplémentaire. Les feuilles annexes doivent être envoyées à une caisse de compensation avec la présente demande d'allocation.

3^e employeur

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Important : le 3^e employeur doit compléter la « **Feuille complémentaire à la demande d'allocation de prise en charge** ».

5.2 Vous êtes actuellement indépendant.e.

Êtes-vous indépendant.e en activité principale ou accessoire ?

en activité principale en activité accessoire

Quelle est la caisse de compensation compétente pour l'activité indépendante ?

Nom de la caisse de compensation : _____

Numéro de décompte : _____



La décision de cotisation actuelle de la caisse de compensation compétente pour l'activité indépendante doit obligatoirement être jointe.

5.3 Vous étiez/êtes actuellement sans emploi.

Durant quelle période étiez-vous sans emploi ou depuis quand êtes-vous sans emploi ?

du : _____ au : _____

Une indemnité de la caisse de chômage a-t-elle été perçue ou est-elle perçue ?

Oui,  une copie de tous les décomptes doit obligatoirement être jointe.

Non

Avez-vous pris le congé de prise en charge pendant que vous perceviez des indemnités de chômage ?

Oui

Non

5.4 Êtes-vous en incapacité de travail ?

Êtes-vous actuellement en incapacité totale ou partielle de travail ?

Non (passer au point 6 « Données salariales »)

Oui, à la suite d'un accident à la suite d'une maladie

Si oui, une indemnité journalière d'accident ou de maladie a-t-elle été perçue ou est-elle perçue ?

Oui,  une copie des décomptes des indemnités journalières depuis le début de l'incapacité de travail doit obligatoirement être jointe.

Non

Remarque

Si vous êtes à la fois **indépendant.e** et **employé.e**, la caisse de compensation compétente est celle à laquelle vous versez les cotisations AVS pour l'activité indépendante.

À compléter par le 1^{er} employeur
6. Données salariales

Nom de l'employeur : _____ **Numéro de décompte :** _____
 Adresse de l'employeur : _____

Pour les demandes de précisions :

Téléphone : _____ E-Mail : _____

Durée du rapport de travail : du : _____ au : _____

Dans quel canton travaille l'employé-e ? _____

Veillez cocher la mention qui convient et compléter :

A : **La personne demandeuse touche un salaire mensuel.**

Dernier salaire mensuel brut soumis à cotisations AVS : CHF _____

x 12 x 13

Autres indemnités soumises à l'AVS (p.ex. gratifications, commissions, pourboires etc.) :

CHF _____

par heure mois 4 semaines année



Une copie des douze derniers décomptes de salaire de la personne demandeuse précédant le congé de prise en charge ou une copie du journal des salaires doit obligatoirement être jointe.

B : **La personne demandeuse touche un salaire horaire.**

Salaire horaire (hors part de 13^e salaire, indemnité de vacances et pour jours fériés) :

CHF _____

Autres indemnités soumises à l'AVS (p.ex. gratifications, commissions, éventuellement part de 13^e salaire, pourboires etc.) :

CHF _____

par heure mois 4 semaines année



Une copie des douze derniers décomptes de salaire de la personne demandeuse précédant le congé de prise en charge ou une copie du journal des salaires doit obligatoirement être jointe.

Remarque

Des informations doivent être fournies sur le dernier salaire soumis à l'AVS perçu.

S'agit-il d'un gain intermédiaire ? (voir Remarque ci-contre)

- Oui
 Non

Avez-vous maintenu le salaire pendant les jours de congé de prise en charge perçus ?

- Oui, _____ % du salaire
 Non

La personne demandeuse est-elle soumise à l'impôt à la source ?

- Oui
 Non

La personne demandeuse a-t-elle perçu une indemnité journalière de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents ?

- Non
 Oui, du : _____ au : _____



Les copies des décomptes des indemnités journalières doivent être obligatoirement jointes.

7. Informations sur les jours de congé de prise en charge perçus (jours de congé)

Date du premier jour de congé : _____

Mois de la demande (mois/année) : _____

Semaine 1 du mois de la demande

Taux d'occupation en % : _____ %

Nbre de jours de congé pris : _____ jours

Nbre de jours de travail par semaine en cas d'occupation à temps plein : _____ jours

Nbre de jours de travail usuels par semaine en cas d'occupation à temps partiel : _____ jours

Semaine de travail complète

du : _____ au : _____

Jours individuels

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____

prière d'indiquer à chaque fois la date complète (JJ, MM, AAAA)

Remarque

Si l'employé-e a touché un revenu inférieur à son indemnité de chômage pendant la période où il ou elle était sans emploi, on parle d'un **gain intermédiaire**.

Important

À la fin de chaque mois, l'**employeur** indique les jours de congé décomptés et le salaire versé pendant la durée du droit à l'allocation. **L'allocation de prise en charge doit être demandée chaque mois. Pour les demandes des mois suivants**, nous vous prions d'utiliser le « **Formulaire de suivi pour l'allocation de prise en charge** ».

Semaine 2 du mois de la demande

Taux d'occupation en % : _____ %

Nbre de jours de congé pris : _____ jours

Nbre de jours de travail par semaine en cas d'occupation à temps plein : _____ jours

Nbre de jours de travail usuels par semaine en cas d'occupation à temps partiel : _____ jours

 Semaine de travail complète

du : _____ au : _____

 Jours individuels

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____

prière d'indiquer à chaque fois la date complète (JJ, MM, AAAA)

Semaine 3 du mois de la demande

Taux d'occupation en % : _____ %

Nbre de jours de congé pris : _____ jours

Nbre de jours de travail par semaine en cas d'occupation à temps plein : _____ jours

Nbre de jours de travail usuels par semaine en cas d'occupation à temps partiel : _____ jours

 Semaine de travail complète

du : _____ au : _____

 Jours individuels

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____

prière d'indiquer à chaque fois la date complète (JJ, MM, AAAA)

Semaine 4 du mois de la demande

Taux d'occupation en % : _____ %

Nbre de jours de congé pris : _____ jours

Nbre de jours de travail par semaine en cas d'occupation à temps plein : _____ jours

Nbre de jours de travail usuels par semaine en cas d'occupation à temps partiel : _____ jours

 Semaine de travail complète

du : _____ au : _____

 Jours individuels

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____

prière d'indiquer à chaque fois la date complète (JJ, MM, AAAA)

Semaine 5 du mois de la demande

Taux d'occupation en % : _____ %

Nbre de jours de congé pris : _____ jours

Nbre de jours de travail par semaine en cas d'occupation à temps plein : _____ jours

Nbre de jours de travail usuels par semaine en cas d'occupation à temps partiel : _____ jours

 Semaine de travail complète

du : _____ au : _____

 Jours individuels

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____ Jour de congé : _____

Jour de congé : _____

prière d'indiquer à chaque fois la date complète (JJ, MM, AAAA)

8. Adresse de paiement pour le virement

L'allocation de prise en charge doit être versée :

à l'**employeur** (versement ou note de crédit sur le prochain décompte de cotisations)

à la **personne demandeuse** (directement sur le compte bancaire ou postal suivant)

En cas de versement direct à la personne demandeuse, veuillez indiquer le compte privé à créditer.

Nom, Prénom du titulaire du compte :

Adresse du titulaire du compte :

Nom de la banque :

Adresse complète de la banque avec rue, NPA, lieu :

Numéro IBAN :

Code BIC/SWIFT de la banque * :

* à indiquer impérativement en cas de virement à l'étranger

Remarque

L'allocation de prise en charge est une composante de salaire soumise à l'obligation de cotiser, sur laquelle sont prélevées toutes les cotisations aux assurances sociales, **à l'exception de la prime pour l'assurance-accidents**. En cas de versement direct à la personne demandeuse, la caisse de compensation déduit les cotisations AVS/AI/APG/AC et un éventuel impôt à la source. Les autres cotisations, telles que LPP ou indemnité journalière pour cause de maladie, relèvent de la responsabilité de l'employeur. **En cas de poursuite du rapport de travail, nous préconisons un versement à l'employeur** afin d'éviter toute omission de cotiser.

Remarque

Le **numéro IBAN** de votre compte privé figure sur les extraits de compte de la banque et sur votre carte bancaire. Vous pouvez également le demander à la personne de contact auprès de votre banque.

9. Signatures

En signant ce formulaire, la personne assurée ou son représentant/sa représentante autorise à fournir des renseignements en vue d'un recours contre des tiers.

Les personnes soussignées ont pris connaissance des dispositions ci-contre (voir Remarque) et confirment la véracité des données fournies :

Lieu, date

Signature de la personne demandeuse/
du représentant

Lieu, date

Timbre et signature de l'employeur

Remarque

L'allocation de prise en charge est versée uniquement pour les **jours de congé effectivement pris**. Si le droit expire avant que le nombre maximum de jours de congé n'ait pu être pris, l'allocation n'est versée que pour les jours de congé déjà pris. **Les allocations versées à tort doivent être remboursées**. Tout manquement intentionnel à l'obligation de déclarer peut entraîner des sanctions.

10. Certificat médical selon l'article 16o LAPG

Médecin traitant :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse actuelle :

Rue, Numéro : _____

NPA, Lieu : _____ Pays : _____

Pour les demandes de précisions :

Téléphone : _____

E-Mail : _____

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

J'atteste que l'enfant est gravement atteint dans sa santé conformément à l'article 16o, lettre a à d LAPG.

Cette condition est remplie

- s'il a subi un changement majeur de son état physique ou psychique ; ET
- si l'évolution ou l'issue de ce changement est difficilement prévisible ou qu'il faut s'attendre à ce qu'il conduise à une atteinte durable ou croissante à l'état de santé ou au décès ; ET
- si l'enfant présente un besoin accru de prise en charge de la part d'un des parents ; ET
- si au moins un des deux parents doit interrompre son activité lucrative pour s'occuper de l'enfant.

Les quatre critères mentionnés ci-dessus doivent tous être remplis.

Lieu, date

Timbre et signature du médecin

Que se passe-t-il ensuite ?

Dès que nous aurons reçu vos documents complets, nous effectuerons le **versement de l'allocation de prise en charge en règle générale dans les 14 jours.**

Remarque

Un handicap ou une infirmité congénitale ne **constitue pas en soi une atteinte grave à la santé au sens de la loi**. Il n'y a donc **pas de droit à l'allocation de prise en charge si l'état de santé de l'enfant est stable**. Les parents d'enfants handicapés ont donc uniquement droit à l'allocation de prise en charge, **si l'état de l'enfant atteint dans sa santé se détériore énormément, c'est-à-dire si les critères mentionnés précédemment sont remplis.**

Remarque

Les affections et suites d'accidents légères ainsi que les atteintes de gravité moyenne peuvent nécessiter des hospitalisations ou des consultations médicales régulières, compliquant ainsi le quotidien. Dans ce type de cas (p.ex. fractures, diabète, inflammations pulmonaires), on peut néanmoins tabler sur une issue positive ou sur un problème de santé contrôlable et il n'y a donc **pas de droit au congé de prise en charge.**