

Feuille complémentaire à la demande d'allocation de prise en charge

Si, dans la demande d'allocation de prise en charge, vous avez mentionné plusieurs employeurs au point 5.1 « Vous êtes actuellement employé-e dans une entreprise », vous devez compléter cette feuille complémentaire pour chaque employeur supplémentaire.

Les feuilles complémentaires doivent être transmises à la caisse de compensation avec la demande d'allocation.

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

1. Données personnelles de la personne demandeuse

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro AVS :

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.

2. 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.

Remarque

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

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.

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.

3. 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

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 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 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)

4. 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.

5. Signature

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.

La personne soussignée a pris connaissance des dispositions ci-contre (voir Remarque) et confirme la véracité des données fournies :

Lieu, date

Timbre et signature de l'employeur

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

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.