

## Formulaire de suivi pour l'allocation de prise en charge

L'allocation de prise en charge doit être demandée chaque mois. Nous vous prions d'utiliser le présent formulaire de suivi dans l'optique d'une demande pour les mois suivants.

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 : \_\_\_\_\_

#### Votre adresse actuelle :

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

NPA, Lieu : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

#### Pour les demandes de précisions :

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

### 2. Données salariales

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ Numéro de décompte :

Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

#### Pour les demandes de précisions :

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

**Le salaire mensuel soumis à l'AVS a-t-il varié depuis les derniers jours de congé de prise en charge ?**

**Oui**

**Non**

#### L'ayant droit est

**indépendant·e**

(passer au point 3 « Informations sur les jours de congé de prise en charge perçus »)

**employé·e dans une entreprise**

(l'employeur doit répondre aux autres questions de ce point)

#### 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.

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<sup>e</sup> salaire, indemnité de vacances et pour jours fériés) :

CHF \_\_\_\_\_

Autres indemnités soumises à l'AVS (p.ex. gratifications, commissions, éventuellement part de 13<sup>e</sup> 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**

**Remarque**

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

**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**.

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)

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)

#### 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 : \_\_\_\_\_

#### 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 ».**

**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. 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.