Avis de mutation pour les allocations familiales

Remarques:
– Seuls les avis de mutation intégralement remplis et accompagnés de tous les documents et annexes requis seront traités.
– Ce formulaire ne peut être utilisé **que** dans la mesure où une demande d'allocations familiales a été déposée auprès de *medisuisse*.

1 Employeur (**indépendants**: veuillez indiquer le numéro de décompte ainsi que l'adresse professionnelle)

Nom / Entreprise		Numéro de décompte
Adresse: rue / no	NPA / Localité	joignable au (téléphone, e-mail)

2 Bénéficiaire

Nom	Prénom	Numéro d'assuré (no AVS)

3 Mutation concernant le/la bénéficiaire

☐ Départ de l'entreprise — le: _____

☐ Le revenu n'atteint pas le seuil minimum — le: _____
(592 fr./mois resp. 7110 fr./an)

☐ Déménagement (si changement de canton) — le: _____

☐ Séparation ou divorce — le: _____
joindre jugement/accord de séparation ou jugement de divorce

☐ Incapacité de travail (accident/maladie) de plus de trois mois — depuis le: _____
joindre certificat(s) médical/aux

☐ Congés non payés — du: _____ au: _____

☐ Début ou changement d'activité prof. de l'autre parent: — le: _____ canton: _____

☐ Changement du premier ayant droit — depuis le: _____

☐ _____

(*Précision:* En cas de naissance d'un autre enfant, il faut compléter un nouveau formulaire.)

4 Mutation concernant l'enfant du/de la bénéficiaire

Nom de l'enfant: _____

☐ Fin/Interruption de la formation — le: _____
joindre une attestation

☐ Reprise de la formation — du: _____ au: _____
joindre un certificat de formation

5 Remarques

6 Confirmation et signature

Les personnes soussignées attestent avoir rempli l'avis de mutation conformément à la vérité:

Date, signature du/de la bénéficiaire	Date, timbre et signature de l'employeur

Oberer Graben 37 • Postfach • 9001 St. Gallen • www.medisuisse.ch • info@medisuisse.ch • Tel. 071 228 13 13 • Fax 071 228 13 66