

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: _____
(630 fr./mois resp. 7560 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) depuis le: _____
de plus de trois mois
joindre certificat(s) médical(aux)
- Congés non payés du: _____ au: _____
- Début ou changement d'activité prof. le: _____ canton: _____
de l'autre parent:
- 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
---------------------------------------	--