DEMANDE

*Veuillez cocher la case qui correspond à votre demande et remplir, dans tous les cas, les informations ci-après. Merci.*

Reconnaissance d'une CAF *(Art. 14 let. a LAFam)*

Annonce d'une CAF *(Art. 14 let. c LAFam)*

*pour exercer dans le canton de Neuchâtel*

|  |  |
| --- | --- |
| **A. Informations générales** | |
| Nom complet de la CAF  Adresse |  |
| Nom de la Caisse AVS **(*si annonce)***  Adresse |  |
| Nom du (de la) représentant (e) et de son (sa) remplaçant (e)  Numéro (s) de téléphone  Adresses électroniques |  |
| Numéro accordé par l'OFAS |  |
| Nom de l'organe de révision |  |
| Nom et numéro de téléphone de la personne de contact de l'organe de révision |  |
| Date de début d'activité |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B. Montants arrêtés par la CAF pour chaque genre d'allocations familiales dans le canton** | | |
| Allocation de naissance et d'adoption | | CHF |
| Allocation pour enfant | |  |
|  | 1er enfant  2ème enfant  3ème enfant  4ème enfant et suivants | CHF  CHF  CHF  CHF |
| Montant supplémentaire accordé pour l'allocation de formation professionnelle | | CHF |
| Taux de cotisation | | % |

|  |  |
| --- | --- |
| **C. Informations complémentaires *(si reconnaissance au sens de l'art. 14 let. a LAFam)*** | |
| Nombre total d'employeurs affiliés *(soumis à la LAFam)* |  |
| Nombre total de salariés assurés *(soumis à la LAFam)* |  |

Lieu / Date  Timbre / Signature du/de la représentant/e

     

|  |
| --- |
| ***Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli et signé au responsable de l'Autorité de surveillance des CAF accompagné des documents suivants:*** |
| * + - *Statuts et règlement de la CAF (dernière version).* * *Copie de l'autorisation de l'OFAS accordée à la CAF ou à la Caisse de compensation AVS.* * *Liste de noms d'employeurs affiliés (si reconnaissance au sens de l'art. 14 let. a LAFam)* |