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 CAFAdresse |            |
| 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  | 1.
2.
3.
4.
5.
6.
 |
| 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 enfant2ème enfant3ème enfant4ème 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)*
 |