Questionnaire cantonal annuel

*Veuillez remplir le questionnaire et l'envoyer dûment daté et signé jusqu'au 30 avril 2017.
L’envoi peut se faire d’une manière électronique à l’adresse scalfa@ne.ch*

|  |
| --- |
| **1. Caisse d'allocations familiales (CAF)** |
|  | Nom CAF  |  | N° OFAS |
|  |       |  |  |
|  | Nom Caisse de compensation AVS **(si gérante ou administratrice de la CAF)**  |
|  |       |
|  | Responsable gérant/administrateur de la CAF **(nom, prénom, e-mail)**  |
|  |       |
|  | Personne chargée de remplir les questionnaires cantonal et fédéral **(nom, prénom, e-mail )**      |

|  |
| --- |
| 1. **Statistiques complémentaires**
 |
|  | Montant des réserves de fluctuation **pour toute la Suisse** **au 31.12.2016** | CHF |       |
|  | Montant des revenus soumis à cotisation dans l'AVS **à Neuchâtel** **au 31.12.2016** |  |  |
|  | Employeurs | CHF |       |
|  | Indépendants | CHF |       |
|  | Taux de cotisation des employeurs et des indépendants (**sans taux** FFPP et FSAE) **pour 2017** | % |       |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Informations ou remarques à l'Autorité de surveillance**. **Si modifications de:** structure de la caisse, montants allocations familiales de base dans notre canton, Statuts et règlement, organe de révision de la CAF.
 |
|  |       |
|  |       |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Lieu et date |  | Sceau de la CAF et signaturedu responsable de la CAF  |
|  |       |  |  |