

Nom et prénom	N° personnel	N° AVS
NPA, localité, rue, numéro	Date de naissance	Etat civil
Mois:	Année:	Activité exercée:

1 Indiquez dans les cases correspondantes du calendrier les **heures travaillées** par la personne assurée.

minutes en 1/100

Pour les absences payées et impayées, les codes suivants sont à utiliser:

30 min. = 0.5 heure

A = maladie, accident, maternité **B** = service militaire, service civil ou de protection civile **C** = autres absences payées **D** = absences impayées **E** = vacances

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

2 Existe-t-il un contrat de travail écrit? oui (veuillez en joindre une copie) non

3 Une durée hebdomadaire de travail a-t-elle été convenue avec la personne assurée?

oui non

4 Durée hebdomadaire normale de travail dans l'entreprise

5 L'entreprise est-elle soumise à une convention collective de travail (CCT)?

oui non

6 Durant ce mois, avez-vous offert à la personne assurée la possibilité d'effectuer plus d'heures de travail?

oui non

7 Pour quel motif, l'assuré(e) a refusé cette possibilité?

Revenu d'une activité lucrative salariée

8 Salaire contractuel brut soumis par heure

à cotisation AVS

par mois

9 Salaire brut soumis à cotisation AVS à =

10 Comment est composé le montant attesté du salaire brut soumis à cotisation AVS?

Salaire de base =

Indemnités pour jours fériés % =

Indemnités de vacances % =

Prorata du 13e salaire ou gratification % =

Autres éléments du salaire, lesquels: % =

11 Le 13e salaire ou gratification sera versé(e) le avec % du salaire total soumis à cotisation AVS

Le 13e salaire ou la gratification n'est ni convenu(e) contractuellement ni usuel(e) dans l'entreprise

12 Des cotisations à la prévoyance professionnelle (LPP) ont-elles été prélevées sur le salaire?

oui non → prière d'indiquer les motifs

13 A quelle caisse de compensation AVS l'entreprise est-elle affiliée?

(Nom et numéro de la caisse)

14 La personne assurée a-t-elle demandé des allocations pour enfants/formation professionnelle? oui non

Avez-vous reconnu un droit aux allocations pour enfants/formation professionnelle?

<input type="checkbox"/> oui	nombre d'allocations pour enfants	<input type="checkbox"/>	à	fr. <input type="text"/>	=	fr. <input type="text"/>
	nombre d'allocations de formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	à	fr. <input type="text"/>	=	fr. <input type="text"/>
	nombre	<input type="checkbox"/>	à	fr. <input type="text"/>	=	fr. <input type="text"/>

non pour quelle raison? _____

15 L'activité se poursuit-elle?

oui, pour une durée indéterminée oui, probablement jusqu'au

non, qui a résilié?

Quand? Pour quelle date?

16 Motif de la résiliation du rapport de travail

17 La personne assurée ou son conjoint a-t-elle une participation financière à l'entreprise ou occupe une fonction dirigeante (par ex. actionnaire, membre du conseil d'administration d'une SA ou associé, gérant d'une Sàrl, etc.)? oui non

18 Revenu d'une activité lucrative **indépendante**

(Le revenu doit être attesté dans le mois où l'assuré l'a réalisé par son travail.)

Revenu brut	fr. <input type="text"/>	} Prière de joindre la preuve de ces indications
Frais de matériel et de marchandise	- fr. <input type="text"/>	
Total intermédiaire	fr. <input type="text"/>	
Déduction forfaitaire: 20 % du total intermédiaire	- fr. <input type="text"/>	
Gain intermédiaire à prendre en considération	fr. <input type="text"/>	

L'employeur/la personne exerçant une activité indépendante est tenu(e) de fournir des renseignements dignes de foi (art. 88 LACI; 28 LPG).

Lieu et date _____ Adresse complète de l'employeur/de la personne indépendante
Signature valable/Timbre de l'entreprise

N° de téléphone _____

N° REE _____

Code de la branche économique _____

Remarque

Nous vous remercions de répondre de manière complète à toutes les questions. Vous nous éviterez ainsi de devoir demander des renseignements complémentaires.