

CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS

CAISSE CANTONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Rue du Lac 37

1815 CLARENS

Tél. 021 964 12 11 Fax 021 964 15 38

DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR FAMILLES

1. SITUATION PERSONNELLE

	Requérant	Conjoint/partenaire enregistré/ concubin
NIP
No de sécurité sociale (NSS)	756.....	756.....
Nom
Prénom(s)
Nom de jeune fille
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
État civil / Depuis le (jjmmaaaa)
Lieu et date de naissance
Nationalité
Genre de permis pour les étrangers
Adresse
No postal et localité
No de téléphone
Date d'établissement dans le canton de Vaud
No de contribuable
Profession
Nom et adresse de l'employeur (lieu de travail)

Formation achevée la plus élevée du requérant	<input type="checkbox"/> Scolarité obligatoire	<input type="checkbox"/> Formation prof. élémentaire	<input type="checkbox"/> Apprentissage ou école prof.	<input type="checkbox"/> Maturité
	<input type="checkbox"/> Formation ou école supérieure	<input type="checkbox"/> Université, HES	<input type="checkbox"/> Autre	

Formation achevée la plus élevée du conjoint/partenaire enregistré/concubin	<input type="checkbox"/> Scolarité obligatoire	<input type="checkbox"/> Formation prof. élémentaire	<input type="checkbox"/> Apprentissage ou école prof.	<input type="checkbox"/> Maturité
	<input type="checkbox"/> Formation ou école supérieure	<input type="checkbox"/> Université, HES	<input type="checkbox"/> Autre	

Tuteur Curateur Représentant For tutélaire

Nom	Lien avec le requérant
Prénom	No de téléphone
Adresse	No postal et localité

Données personnelles des enfants faisant partie de la famille et vivant en ménage commun avec le requérant

Nom et prénom	Date de naissance (jjmmaaaa)	Nationalité	L'enfant est-il					*Préciser si		*L'enfant est-il		
			du mariage	du mariage précédent	hors mariage	du conjoint/partenaire enregistré/concubin	recueilli	garde partagée	garde exclusive	écolier	étudiant	apprenti
NSS de l'enfant	Sexe (M/F)	Etat civil (C/M)										
1 756.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 756.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 756.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 756.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 756.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 756.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Laisser vide si ne correspond pas.

Autres prestations

Recevez-vous d'autres prestations ? (souligner ce qui convient)

Oui Non

Prestations de l'aide sociale (RI), prestations complémentaires AVS/AI, prestations de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM).

Si oui, prière de joindre les justificatifs

Demandes de prestations en cours ? (souligner ce qui convient)

Oui Non

Pensions alimentaires et avances sur pensions alimentaires, aides aux études et à la formation professionnelle, aide individuelle au logement, autres rentes.

Si oui, prière de joindre les justificatifs

Adresse de paiement

Compte bancaire

Nom et adresse de la banque

Nom du titulaire du compte

IBAN

Compte postal

Nom du titulaire du compte

IBAN

2. SITUATION FINANCIÈRE

Requérant	Conjoint/ partenaire enregistré/ concubin	Laisser en blanc
CHF	CHF	CHF

A) Fortune et dettes

1) Fortune mobilière

- a) Argent liquide, avoirs en banque, dépôts, titres, gains de loterie, capital payé par acomptes, créances
- b) Valeur de rachat d'une assurance-vie
- c) Êtes-vous membre d'une hoirie (succession non partagée)?
Si oui, laquelle?
- d) Avez-vous (vous-même ou un membre de votre famille) cédé des capitaux, des droits ou des biens à vos enfants ou à d'autres tiers?
Si oui, date de cession?
- e) Autres biens (marchandises, valeur d'assurance du bétail, etc.)

--	--	--

--	--	--

2) Immeubles, biens-fonds, part dans une copropriété

- a) Immeuble habité par le requérant (valeur fiscale)
- b) Autres immeubles (valeur vénale)
- c) Biens immobiliers à l'étranger

3) Dettes hypothécaires

4) Autres dettes

B) Revenus (annuels de l'année précédente (sauf si modification importante) et rentes en cours)

1) Revenus d'une activité lucrative

- a) Salaire net en espèces après déduction des cotisations AVS/AI/APG/AC/LAA/LPP
- b) Recevez-vous un 13^{ème} salaire ?
- c) Revenu en espèces d'une activité indépendante
- d) Salaire en nature
- e) Taux d'occupation (en %)
- f) Avez-vous une activité auprès d'un second employeur ?

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

2) Indemnités journalières d'assurance

- a) Indemnités journalières d'assurance-maladie
Si oui, depuis quand? date de fin
- b) Indemnités journalières d'assurance-accidents
Si oui, depuis quand? date de fin
- c) Indemnités journalières d'assurance-chômage
Si oui, depuis quand? date de fin
- d) Indemnités journalières d'assurance-invalidité
Si oui, depuis quand? date de fin
- e) Indemnités journalières d'assurance militaire
Si oui, depuis quand? date de fin
- f) Allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité
Si oui, depuis quand? date de fin

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

3) Revenu hypothétique (à remplir par la Caisse)

--

4) Pensions, allocations, prestations périodiques ou rentes

a) Pensions alimentaires et avances sur pensions alimentaires

b) Allocations familiales

c) Allocation cantonale en cas de maternité

Si oui, depuis quand? date de fin

d) Allocation en faveur des familles s'occupant d'un mineur handicapé à domicile (AMINH)

Si oui, depuis quand? date de fin

e) Aides aux études et à la formation professionnelle, à l'exception des frais d'études, d'écolage et de matériel d'études

f) Aides individuelles au logement

g) Prestations reçues en vertu d'un contrat d'entretien viager ou de toute autre convention

h) Rentes (souligner ce qui convient)

- Assurance-accidents (LAA), assurance volontaire ou facultative (3ème pilier), assurance privée, assurance militaire, AI , AVS, LPP, rentes étrangères.

i) Autres rentes

5) Rendement de la fortune mobilière / immobilière

a) Loyers ou fermages encaissés

b) Valeur locative

c) Intérêts de livrets d'épargne, de titres, de comptes courants, etc.

d) Intérêts de la fortune dessaisie

6) Autres revenus

a) Valeur de l'usufruit

b) Droit d'habitation

c) Sous-location

d) Autres créances envers des tiers ou autres ressources

e) Revenus provenant de succession non partagée

Requérant	Conjoint/ partenaire enregistré/ concubin	Laisser en blanc
CHF	CHF	CHF

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Revenus des enfants faisant partie de la famille et vivant en ménage commun avec le requérant

Revenus annuels de l'année précédente (sauf si modification importante) et rentes en cours

Nom et prénom	Revenu brut d'apprentissage ou d'appoint CHF	*Frais d'obtention du revenu CHF	Autres revenus CHF	Bourses d'études CHF	Fortune CHF
1					
2					
3					
4					
5					
6					

* Comprend uniquement les frais de repas, les frais de transport, les achats de vêtements professionnels nécessaires à l'activité lucrative.

C) Dépenses reconnues

Requérant	Conjoint/ partenaire enregistré/ concubin	Laisser en blanc
CHF	CHF	CHF

1) **Besoins vitaux** (à remplir par la Caisse)

2) **Loyer**

a) Loyer annuel du logement

b) Charges annuelles

c) Nombre de personnes vivant dans le logement (toute personne confondue)

3) **Montant annuel des cotisations AVS/AI/APG dues en qualité de non-actif**

4) **Déductions pour frais d'immeubles**

a) Intérêts hypothécaires payés (*taux* [.....]%), amortissement non compris

b) Frais d'entretien des immeubles

5) **Pension alimentaire versée par le requérant ou son conjoint/
partenaire enregistré, concubin**

6) **Frais d'obtention du revenu** (uniquement pour les salariés)

a) Frais de repas (forfait max. CHF 2'600.-) à remplir par la Caisse

b) Frais de transport

c) Achat de vêtements professionnels

Le/la requérant-e s'engage à fournir en tout temps par écrit à l'Agence d'assurances sociales tout changement de domicile, de situation économique ou familiale, y compris celle des enfants, de nature à modifier son droit à la prestation. A défaut et après avertissement, la Caisse peut refuser le paiement de la prestation.

Avec la signature du présent formulaire, toutes les personnes et organismes concernés sont autorisés à donner à la Caisse ou à l'Agence d'assurances sociales compétente, tous les renseignements nécessaires à l'examen du droit à la prestation complémentaire pour familles. Les autorités de taxation sont déliées du secret fiscal et expressément autorisées et chargées de remettre sur demande aux organes responsables d'appliquer le régime des prestations complémentaires pour familles les informations fiscales nécessaires (art. 20, 22 LPCFam).

Le/la requérant-e et son concubin, le cas échéant, certifient que les réponses données dans le présent questionnaire sont complètes et conformes à la vérité.

Le/la requérant-e donne son accord à la transmission du présent formulaire et des renseignements y relatifs, à l'organisme d'octroi de l'aide individuelle au logement qui peut se fonder sur ces documents pour l'examen du droit à l'aide individuelle au logement.

Lieu et date :

Signature du requérant ou de son représentant légal :

Signature du concubin ou de son représentant légal :

Remarques de l'Agence:

.....

Lieu et date :

Timbre et signature de l'Agence d'assurances sociales :