

**Paiement du supplément  
d'allocations familiales**  
aux chômeurs, aux travailleurs en  
incapacité de travail, aux pensionnés  
et aux handicapés  
Période .....

contact  
téléphone  
dossier n°

Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont recueillis pour l'établissement du droit aux allocations familiales et leur paiement. Ils sont protégés par la loi du 8 décembre 1992 relative au traitement des données à caractère personnel. Pour consulter ou rectifier les renseignements qui vous concernent, vous pouvez vous adresser à l'organisme mentionné ci-dessus.

En tant que chômeur, travailleur en incapacité de travail, pensionné ou handicapé, vous pouvez toucher un supplément aux allocations familiales ordinaires.

Pour obtenir ce supplément et le conserver, le revenu de votre ménage ne peut dépasser un certain montant. Cette condition doit être vérifiée chaque année au moyen du présent formulaire.

Veillez le compléter, le signer et nous le renvoyer le plus vite possible.

Si vous n'avez pas suffisamment de place, vous pouvez joindre une feuille séparée.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur la feuille d'information qui est jointe au formulaire.

**1 VOS REVENUS**

*S'il s'agit d'un montant annuel (ex. une rente) ou d'un versement unique (ex. un capital en cas d'accident), indiquez-le clairement.*

**Montant mensuel brut**  
(Dernier montant)

**Payé par**  
(Dénomination et adresse de l'organisme ou de l'employeur)

**Vous pouvez indiquer les montants en BEF ou en EUR.**

- allocations de chômage (y compris la prépension et l'allocation de garantie de revenu) .....
- indemnités de maladie et d'invalidité .....
- indemnités pour maladie professionnelle ou accident du travail .....
- pensions .....
- rentes .....
- indemnités en provenance de l'étranger .....
- autres indemnités .....
- pas de revenus .....

Vous vivez seul(e) ? → Passez tout de suite au point 3.

**2 REVENUS DE VOTRE CONJOINT / PARTENAIRE COHABITANT**

S'il s'agit d'un montant annuel (ex. une rente) ou d'un versement unique (ex. un capital en cas d'accident), indiquez-le clairement.

Montant mensuel brut  
(Dernier montant)

Payé par  
(Dénomination et adresse de l'organisme ou de l'employeur)

Vous pouvez indiquer les montants en BEF ou en EUR.

- pas de revenus
- allocations de chômage (y compris la prépension et l'allocation de garantie de revenu) .....
- salaire provenant d'un travail à temps partiel avec maintien des droits en tant que chômeur .....
- salaire provenant d'un autre travail .....
- indemnités de maladie et d'invalidité .....
- indemnités pour maladie professionnelle ou accident du travail .....
- pensions .....
- rentes .....
- indemnités en provenance de l'étranger .....
- autres indemnités .....
- revenus de travailleur indépendant .....

**3 VOUS AVEZ DEMENAGE ?**

.....  
(nouvelle adresse)  
.....

**4 SIGNATURE**

Vous devez nous communiquer spontanément et immédiatement les modifications qui surviennent dans votre situation familiale ou professionnelle ou qui concernent les enfants.

Les formulaires qui ne sont pas complétés entièrement ou qui ne sont pas signés seront renvoyés par retour du courrier.

Je déclare avoir rempli correctement le présent formulaire. Je sais que la communication délibérée de données inexactes est punissable.

Date . . . / . . . / . . .       Signature .....

Téléphone ..... / .....