

Groupe S - CASI A.S.B.L.

1ère Caisse d'assurances sociales agréée pour travailleurs indépendants

Votre partenaire en gestion sociale

www.groupes.be

GROUPE S - C.A.S.I.

A L'ATTENTION DE

N° National :

A compléter svp

Période : **au**

A renvoyer d'urgence

VERIFICATION DU DROIT AUX ALLOCATIONS FAMILIALES -

En vue d'un octroi correct des allocations familiales pendant la période susvisée, il vous est demandé de :

- vérifier l'exactitude des données suivantes ;
- compléter le présent formulaire, de le signer et de le renvoyer d'URGENCE

Merçi de votre collaboration.

1. Nous examinons le droit aux allocations familiales des enfants suivants, durant la période mentionnée ci-dessus

nom, prénom de l'enfant	né le	Lien (de parenté ou autre)	Réservé à la CAS

2. Y a-t-il eu des changements dans votre situation familiale depuis la date mentionnée ci-dessus ?



OUI NON

Dans l'affirmative: prière de compléter les cases suivantes :

a. <input type="checkbox"/>	un ou plusieurs enfant(s) ne réside(nt) plus dans mon ménage: nom & prénom:	période
b. <input type="checkbox"/>	un ou plusieurs enfant(s) s'est (se sont) ajouté(s) dans mon ménage: nom & prénom:	période
c. <input type="checkbox"/>	une modification est intervenue au niveau de l'exercice de l'autorité parentale	période
d. <input type="checkbox"/>	je suis marié(e) ou forme un -ménage de fait- (cohabitation)	période
e. <input type="checkbox"/>	je suis divorcé, séparé légalement ou séparé de fait	période
f. <input type="checkbox"/>	je suis veuf / veuve	période
g. <input type="checkbox"/>	une autre personne fait partie de mon ménage nom & prénom: lien de parenté:	période
h. <input type="checkbox"/>	autre (à préciser)	période

N'oubliez pas le verso de ce formulaire !

3. Votre situation professionnelle et /ou celle d'une autre personne faisant partie de votre ménage. Error! Reference source not found. Error! Reference source not found.

Prière de TOUJOURS compléter le tableau suivant!

Situation professionnelle	Vous même	Conjoint(e) ou partenaire avec qui vous cohabitez	Autre personne: nom: prénom:
indépendant(e), conjoint(e) aidant(e) ou aidant(e)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
sans profession	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
salarié(e) ou fonctionnaire - moins qu'un mi-temps - au moins un mi-temps pays:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (du au)
chômeur(se) indemnisé(e)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
pensionné(e)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
en incapacité de travail reconnue	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)
autre (à préciser) par.ex. cessation, faillite, interruption de carrière, handicapé(e),	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)	<input type="checkbox"/> (du au)

4. Des allocations familiales ont-elles été versées par un autre organisme?



OUI NON

Dans l'affirmative: prière de compléter les cases suivantes :

pour quel(s) enfant(s)? nom & prénom:	(du au)
.....	(du au)
.....	(du au)
nom et adresse de l'organisme:	
.....	
numéro de dossier:	

5. Signature

Je déclare que les données reprises sur ce formulaire sont exactes et complètes.

Je sais que:

- le fait de ne pas compléter / renvoyer le présent document peut entraîner la cessation du paiement des allocations familiales ;
- les déclarations fausses ou inexactes peuvent entraîner des poursuites judiciaires ;
- j'ai l'obligation légale de signaler dans les 15 jours toute modification des renseignements figurant dans ce formulaire;



Fait à le

Tel:

GSM:

E-mail:



Signature:

(ne pas signer par procuration)

Les données qui vous sont demandées ne seront utilisées qu'aux seules fins d'instruire votre dossier de sécurité sociale. Vous avez le droit de consulter ces données et au besoin de les faire rectifier. Pour ce faire il vous suffit de vous adresser à l'organisme mentionné.