

A remplir par FAMIWAL

N° dossier :

Gestionnaire :

Demande d'allocations familiales (formulaire AA)

A renvoyer à FAMIWAL
BP 80 000 Ville Basse B-6000 Charleroi

10

Renseignements concernant le demandeur

11 Pour les femmes:
nom de jeune fille

Voir au dos de votre
carte d'identité

nom

prénom

date de naissance

numéro de registre national _ _ _ _ _

rue et numéro

code postal et localité

numéro de téléphone / GSM

adresse mail

20. Vous...

Si d'application

- êtes handicapé(e) à 66% au moins
depuis le
et reconnu(e) par (nom et adresse de l'institution)
.....
- êtes en maladie depuis 6 mois au moins
- travaillez pour une organisation internationale
(institutions européennes, OTAN, etc.)
- travaillez à l'étranger ;
pays :
- percevez des prestations sociales de l'étranger
- êtes sans profession

30. Votre conjoint ou partenaire...

- est handicapé(e) à 66% au moins
depuis le
et reconnu(e) par (nom et adresse de l'institution)
.....
- est en maladie depuis 6 mois au moins
- travaille pour une organisation internationale
(institutions européennes, OTAN, etc.)
- travaille à l'étranger ;
pays :
- perçoit des prestations sociales de l'étranger
- est sans profession

Enfants pour lesquels vous demandez les allocations familiales

41 Les enfants qui étudient, qui travaillent sous contrat d'apprentissage, qui sont demandeurs d'emploi ou qui accomplissent un stage ont généralement droit aux allocations familiales jusqu'à l'âge de 25 ans.

nom
prénom
date de naissance

- enfant atteint d'un handicap reconnu de 66% au moins
 enfant placé dans votre ménage par la justice, un service d'adoption, un service de placement familial, une institution publique

nom
prénom
date de naissance

- enfant atteint d'un handicap reconnu de 66% au moins
 enfant placé dans votre ménage par la justice, un service d'adoption, un service de placement familial, une institution publique

nom
prénom
date de naissance

- enfant atteint d'un handicap reconnu de 66% au moins
 enfant placé dans votre ménage par la justice, un service d'adoption, un service de placement familial, une institution publique

nom
prénom
date de naissance

- enfant atteint d'un handicap reconnu de 66% au moins
 enfant placé dans votre ménage par la justice, un service d'adoption, un service de placement familial, une institution publique

nom
prénom
date de naissance

- enfant atteint d'un handicap reconnu de 66% au moins
 enfant placé dans votre ménage par la justice, un service d'adoption, un service de placement familial, une institution publique

42 Y a-t-il dans votre ménage des enfants pour lesquels les allocations familiales sont payées par un organisme étranger ?

- non
 oui

Table with 3 columns: Nom et prénom de l'enfant, Organisme d'allocations familiales, N° de dossier. It contains 7 empty rows for data entry.

50 Quel est votre lien avec l'enfant et par qui est-il élevé ?

| Nom et prénom de l'enfant | Lien (fils, fille, frère, beau-fils, petite-fille, etc.) | Mère | Père/Coparente | Elevé(e) | |
|---|---|---|---|---------------------------------|--|
| | | | | dans le ménage de la mère | hors du ménage de la mère, par... |
| | | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédé(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Adresse Tél : | Nom et prénom : Adresse : Tél : Depuis le |
| | | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédé(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Adresse Tél : | Nom et prénom : Adresse : Tél : Depuis le |
| | | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédé(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Adresse Tél : | Nom et prénom : Adresse : Tél : Depuis le |
| | | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédé(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Adresse Tél : | Nom et prénom : Adresse : Tél : Depuis le |

| Nom et prénom de l'enfant | Lien (fils, fille, frère, beau-fils, petite-fille, etc.) | Mère | Père/Coparente | Elevé(e) | |
|---|---|--|--|---------------------------------|--|
| | | | | dans le ménage de la mère | hors du ménage de la mère, par... |
| | | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédé(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Adresse Tél : | Nom et prénom : Adresse : Tél : Depuis le |
| | | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Nom et prénom : Date de naissance : / / Décédé(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Adresse Tél : | Nom et prénom : Adresse : Tél : Depuis le |

N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE FORMULAIRE AVANT DE NOUS LE RETOURNER

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire et avoir pris connaissance de l'information reprise dans ce document.

nom

prénom

date / /

Signature

Attention!

N'oubliez pas de nous communiquer spontanément ET immédiatement toute modification qui surviendrait dans votre situation familiale, professionnelle ou financière.

Païement sur compte bancaire

Déclaration de l'allocataire

Pour les femmes: nom de jeune fille

nom
prénom
numéro national
(voir au verso de votre carte d'identité électronique (e-id))

Les allocations familiales sont payées à la mère ou à la personne qui la remplace dans le ménage. En cas de comaternité, les allocations familiales sont payées à la mère la plus âgée.

Elles ne peuvent être versées que sur un compte à vue ouvert à son nom ou sur un compte commun au nom des deux partenaires, avec lequel elle peut aussi effectuer des opérations.

Je demande que les allocations familiales soient versées sur le compte (le numéro se trouve sur vos extraits de compte)

IBAN _ _ _ _ _

BIC _ _ _ _ _

- à mon nom
 à mon nom et à celui de

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire et donne l'autorisation à ma caisse d'allocations familiales de contrôler les données auprès de ma banque. Je m'engage à avertir immédiatement ma caisse d'allocations familiales si je n'ai plus accès au compte. Dans ce cas, je renseigne un nouveau numéro de compte.

Date

Téléphone Signature

E-mail

Important !

Si, après contrôle auprès de votre banque, il apparaît que le numéro de compte indiqué n'est pas à votre nom, la caisse d'allocations familiales vous demandera de lui indiquer un autre numéro de compte dont vous êtes le (co-)titulaire.