



**FAMIFED**

Agence fédérale pour les allocations familiales

## Allocations familiales pour enfants de handicapés

Période: .....

Ce formulaire doit être complété une fois par an par **le handicapé**.

Il permet de vérifier si les allocations familiales sont payées correctement.

N'oubliez pas de signer le formulaire et renvoyez-le nous le plus rapidement possible.

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

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.

vos coordonnées  
votre correspondant  
téléphone  
dossier n°

**00**

### Votre handicap

- 01 Avez-vous bénéficié pendant toute la période indiquée d'une allocation pour personne handicapée octroyée par le Ministère des Affaires sociales?
- non  
 oui,  d'une allocation de remplacement de revenus  
 d'une allocation d'intégration correspondant à la catégorie II, III ou IV

**Collez ou attachez ici votre dernière preuve de paiement.**

- 02 Le pourcentage de votre handicap a-t-il été modifié?
- non  
 oui, il est maintenant de ..... %, depuis le .....
- 03 Pendant la période indiquée, avez-vous exercé une activité professionnelle ou bénéficié d'une indemnité sociale (p. ex. allocation de chômage, indemnité de maladie)?
- non  
 oui, travaillé comme ..... chez .....  
 oui, l'allocation suivante .....

**10**

### Votre situation familiale

- 11 Votre situation familiale pendant la période indiquée
- Ma situation **n'a pas changé** → **Passez au point 20.**  
 Ma situation a **changé** de la façon suivante:
- je me suis établi(e) en ménage/marié(e) le ..... avec ..... né(e) .....  
(nom et prénom)
- je ne suis plus établi(e) en ménage depuis le ..... avec ..... né(e) le .....  
(nom et prénom)
- autres modifications .....
- p. ex.: nouvelle adresse, adoption

20

**Enfants dans votre ménage**

21 Tous les enfants pour lesquels nous payons des allocations familiales ont-ils réellement résidé dans votre ménage pendant toute la période indiquée?  oui ➔Passez au point 23.  non

22 Quels enfants n'ont pas résidé dans le ménage? .....  
Pendant quelle période? .....  
Chez qui/où ont-ils résidé? .....  
(nom et adresse de la personne ou de l'institution) .....

23 Des allocations familiales ont-elles été payées pendant la période indiquée pour d'autres enfants de votre ménage ou pour vous-même?  non  oui, pour: .....  
par (dénomination et adresse de la caisse d'allocations familiales) .....  
numéro de dossier .....

30

**Les parents des enfants (dans le ménage)**

31 Le père/beau-père est  salarié depuis le .....  
 à temps plein  pendant ..... heures/semaine  
nom et adresse de l'employeur .....

chômeur  invalide  pensionné depuis le .....  
 travailleur indépendant depuis le .....  
 sans profession  
 autre ..... depuis le .....

La mère/belle mère est  salariée depuis le .....  
 à temps plein  pendant ..... heures/semaine  
nom et adresse de l'employeur .....

chômeuse  invalide  pensionnée depuis le .....  
 travailleuse indépendante depuis le .....  
 sans profession  
 autre ..... depuis le .....

32 Le père légal ou la mère (ou le parent adoptif) d'un des enfants est-il (elle) décédé(e) pendant la période indiquée?  non  oui, (nom et prénom) .....  
né(e) le ..... décédé(e) le .....

50

**Signature**

Les formulaires qui n'ont pas été entièrement complétés ou qui n'ont pas été signés seront renvoyés.

**Vous devez communiquer le plus rapidement possible et spontanément toutes modifications intervenues dans votre situation.**

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

Date .....

Signature .....Téléphone .....

