



DEMANDE DE PRESTATIONS PONCTUELLES POUR FAMILLES

1. PRESTATION DEMANDÉE (plusieurs choix possibles)

Cette demande concerne des **allocations** :

- Allocations familiales → pour quelle période ?
- Allocation de naissance ou d'accueil en vue d'adoption
→ si vous êtes au chômage : joindre décompte du mois de la naissance

Cette demande concerne d'**autres prestations** :

- Frais de garde
- Frais dentaires → joindre devis ou facture
pris en charge par l'assurance maladie ? OUI NON → joindre la décision de l'assurance
- Cours d'appui (CVAJ, Impact'Jeunes, etc.) → joindre devis
- Frais de formation ou d'études :
Nom de la formation :
- Début : Fin probable : Coût : CHF par an par mois
- Avez-vous sollicité une bourse d'études ? OUI NON
si OUI : avez-vous reçu une décision ? OUI NON → joindre la décision
- Autre (préciser) :

2. REQUÉRANT/E

Titre : Madame Monsieur

Nom : NSS : 756.

Prénom : Date de naissance :

Etat civil : célibataire marié/e séparé/e divorcé/e veuf/ve autre :

Nationalité : Permis de séjour :

Rue : Tél. fixe :

Localité : Tél. mobile :

Email :

Adresse de paiement : CCP banque IBAN :

Titulaire du compte :

Nom et adresse de la banque :

Curatelle : OUI NON → si OUI : nom, prénom et n° de téléphone :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Formation :

Profession actuelle : Taux d'activité : %

indépendant/e salarié/e → nom et adresse de l'employeur :

Recevez-vous des allocations familiales ? OUI NON → montant mensuel : CHF

si OUI : pour quels enfants ?

si NON : pour quelle raison ?

3. CONJOINT/E, PARTENAIRE ENREGISTRÉ/E ou CONCUBIN/E faisant ménage commun

Titre : Madame Monsieur

Nom : NSS : 756.

Prénom : Date de naissance :

Nationalité : Permis de séjour :

Lien avec le/la requérant/e : mariage partenariat enregistré concubinage

SITUATION PROFESSIONNELLE

Formation :

Profession actuelle : Taux d'activité : %

indépendant/e salarié/e → nom et adresse de l'employeur :

Recevez-vous des allocations familiales ? OUI NON → montant mensuel : CHF

si OUI : pour quels enfants ?

si NON : pour quelle raison ?

4. ENFANTS

Nom, prénom et n° de sécurité sociale (NSS)	Date de naissance JJ-MM-AAAA	Adresse de l'enfant <i>à indiquer uniquement si différente de celle du/de la requérant/e</i>	Situation et revenu de l'enfant <i>(salaire, rente, revenu d'insertion, bourse d'études, etc.)</i>	L'enfant est				
				du mariage	du mariage précédent	hors mariage	du conjoint	recueilli ou adopté
..... 756.	<input type="checkbox"/> école <input type="checkbox"/> études <input type="checkbox"/> apprentissage <input type="checkbox"/> autre CHF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... 756.	<input type="checkbox"/> école <input type="checkbox"/> études <input type="checkbox"/> apprentissage <input type="checkbox"/> autre CHF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... 756.	<input type="checkbox"/> école <input type="checkbox"/> études <input type="checkbox"/> apprentissage <input type="checkbox"/> autre CHF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... 756.	<input type="checkbox"/> école <input type="checkbox"/> études <input type="checkbox"/> apprentissage <input type="checkbox"/> autre CHF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... 756.	<input type="checkbox"/> école <input type="checkbox"/> études <input type="checkbox"/> apprentissage <input type="checkbox"/> autre CHF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qui a la garde des enfants ?

.....

D'autres personnes vivent-elles dans le ménage ? OUI NON

→ nom, prénom et lien avec le/la requérant/e :

.....

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

5.1 Si vous n'exercez pas d'activité lucrative, veuillez en indiquer les raisons :

- chômage maladie accident en attente AI rente AI rente AVS
 études autre (préciser) :

Si votre conjoint/e, partenaire enregistré/e ou concubin/e n'exerce pas d'activité lucrative, veuillez en indiquer les raisons :

- chômage maladie accident en attente AI rente AI rente AVS
 études autre (préciser) :

5.2 Si vous ne vivez pas avec l'autre parent de vos enfants, recevez-vous une pension alimentaire ?

- OUI NON

→ si OUI : veuillez compléter le tableau ci-dessous :

	versée par	
	BRAPA	autre parent
pour vous-même	CHF	CHF
pour vos enfants :		
prénom :	CHF	CHF
prénom :	CHF	CHF
prénom :	CHF	CHF

→ si NON : une convention a-t-elle été établie ?

- OUI NON

si NON : pour quelle raison ?

.....

si OUI : vous êtes-vous adressé au Bureau de recouvrement et d'avances de pensions alimentaires (BRAPA) ?

- OUI NON

si NON : pour quelle raison ?

5.3 Bénéficiez-vous actuellement d'autres prestations sociales ? OUI NON

si OUI : PC Familles PC AVS/AI rente-pont bourse d'étude revenu d'insertion (RI)
 EVAM autre (préciser) : depuis le :

5.4 Avez-vous une fortune mobilière et/ou immobilière ? OUI NON

si OUI : montant : CHF type :

5.5 Avez-vous déposé une demande d'aide auprès d'un autre organisme ? OUI NON

si OUI : lequel et à quelle date ?

.....

5.6 Si ce formulaire est transmis par un organisme d'utilité publique ou privée, précisez le nom et l'adresse :

.....

ATTENTION !

- Le présent formulaire doit être DATÉ et SIGNÉ au bas de la page 6.
- En plus des justificatifs demandés aux pages 4 et 5, une COPIE des documents ci-dessous doit être jointe à la demande :
 - en cas de séparation : mesures protectrices de l'union conjugale (MPUC) OU convention de séparation (uniquement le dispositif)
 - en cas de divorce : jugement de divorce (uniquement le dispositif).

6. INFORMATIONS FINANCIÈRES

Si la demande concerne des allocations familiales, une allocation de naissance ou une allocation d'accueil en vue d'adoption, ne PAS compléter les pages 4 et 5. Des renseignements pourront être demandés au cas par cas.

	Requérant/e	Conjoint/e, partenaire enregistré/e ou concubin/e	Enfants	Laisser en blanc cette colonne
1. FORTUNE ET DETTES				
1.1. Fortune mobilière (<i>argent liquide, avoirs en banque, dépôts, titres, autres biens</i>)	CHF	CHF	CHF .....	.....
1.2. Immeubles en Suisse, biens-fonds, parts dans une copropriété (<i>estimation fiscale à 100 %</i>)	CHF	CHF	CHF .....	.....
1.3. Immeubles à l'étranger → <i>préciser où ils se trouvent</i> :	CHF	CHF	CHF .....	.....
1.4. Dettes hypothécaires	CHF	CHF	CHF .....	.....
1.5. Crédit bancaire → <i>indiquer la raison pour laquelle le prêt a été contracté</i> ★ :	CHF	CHF	CHF .....	.....
1.6. Cartes de crédit si montant dû supérieur à CHF 1'000.00 (<i>Visa, Mastercard, Manor, etc.</i>) ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
2. REVENUS MENSUELS				
2.1. a) Salaires nets (<i>y compris les allocations familiales</i>) ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">13^e salaire / gratification : CHF</div>				
b) Revenus d'activité indépendante (<i>selon dernier exercice comptable</i>) ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
c) Activité(s) accessoire(s) ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
2.2. AUTRES REVENUS :				
a) Indemnités journalières (<i>chômage, AI, maladie, accident</i>) ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
b) Rentes AVS/AI	CHF	CHF	CHF .....	.....
c) Allocation pour impotent ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
d) Prestations complémentaires AVS/AI	CHF	CHF	CHF .....	.....
e) Prestations complémentaires pour familles	CHF	CHF	CHF .....	.....
f) Autres rentes (<i>SUVA, caisse de pension, etc.</i>) ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
g) Pension alimentaire versée par l'autre parent ou par le BRAPA ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
h) Bourse d'études ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
i) Aide au logement (AIL) ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
j) Revenus de la fortune (<i>intérêts, etc.</i>)	CHF	CHF	CHF .....	.....
k) Loyers encaissés	CHF	CHF	CHF .....	.....
l) Revenu d'insertion (RI) ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
m) EVAM ★	CHF	CHF	CHF .....	.....
n) Autre (<i>préciser</i>) :	CHF	CHF	CHF .....	.....

★ = joindre justificatif

	Requérant/e	Conjoint/e, partenaire enregistré/e ou concubin/e	Enfants	<i>Laisser en blanc cette colonne</i>
3. DÉPENSES MENSUELLES				
3.1 Loyer (<i>y compris charges et places de parc</i>)	CHF			
3.2 Electricité	CHF			
3.3 Téléphone, TV, internet	CHF	CHF	CHF	
3.4 Serafe : CHF 30.00 par mois <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
3.5 Frais de santé :				
a) cotisations d'assurance-maladie (<i>après déduction d'un éventuel subside à l'assurance-maladie</i>)	CHF	CHF	CHF	
b) frais médicaux (<i>franchises et participations</i>)	CHF	CHF	CHF	
3.6 Assurances :				
a) voiture ou autres véhicules : assurance et taxe nombre de véhicules : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> aucun	CHF	CHF	CHF	
b) responsabilité civile, ménage, ECA	CHF	CHF	CHF	
c) assurance-vie ou assurance perte de gain	CHF	CHF	CHF	
d) autre (<i>préciser</i>) :	CHF	CHF	CHF	
3.7 Transports (<i>transports publics et/ou frais d'essence</i>)	CHF	CHF	CHF	
3.8 Leasing voiture ou autre véhicule ★	CHF	CHF	CHF	
3.9 Crédit bancaire : remboursement mensuel	CHF	CHF	CHF	
3.10 Carte de crédit : remboursement mensuel moyen	CHF	CHF	CHF	
3.11 Frais de garde d'enfants ★	CHF	CHF	CHF	
3.12 Frais d'écologie et d'études ★	CHF	CHF	CHF	
3.13 Pension alimentaire payée pour des enfants ne vivant pas dans le ménage ★	CHF	CHF	CHF	
3.14 Frais d'immeubles : intérêts et amortissements hypothécaires payés → taux : % ★	CHF	CHF	CHF	
3.15 Impôts (<i>dernière taxation</i>) ★	CHF	CHF	CHF	
3.16 Activités extrascolaires ★	CHF	CHF	CHF	
3.17 Autres dépenses (<i>ne PAS mentionner celles liées à l'entretien courant de la famille, telles que : nourriture, vêtements et argent de poche</i>) :				
.....	CHF	CHF	CHF	
.....	CHF	CHF	CHF	
.....	CHF	CHF	CHF	
.....	CHF	CHF	CHF	

★ = joindre justificatif

**Solde pour
entretien courant**

7. OBLIGATION DE RENSEIGNER, DEVOIR DE COLLABORER ET AUTORISATIONS FORMELLES

Autorisation de renseigner

Les signataires du présent formulaire autorisent expressément toutes les personnes et organismes concernés à donner au Comité pour l'octroi de prestations ponctuelles (ComiPP) les renseignements nécessaires à l'examen du droit à la prestation ponctuelle. Dite autorisation vaut notamment pour les instances, les établissements bancaires ou postaux dans lesquels le/la requérant/e, son/sa conjoint/e, partenaire enregistré/e ou concubin/e et/ou les enfants à charge détiennent des avoirs, sous quelque forme que ce soit, et les sociétés d'assurance avec lesquelles il/elle a contracté (détaillés ci-après). Ces organismes sont autorisés à fournir aux autorités chargées de l'application de la LPCFam, tous les renseignements et documents nécessaires à l'examen du droit à une prestation ponctuelle du ComiPP, à compter de la date de la demande (art. 22 de la loi sur les prestations complémentaires cantonales pour familles et les prestations cantonales de la rente-pont [LPCFam], et 44 du règlement d'application [RLPCFam]).

Autorisation de communication entre autorités compétentes au sens de la LHPS

Les signataires du présent formulaire autorisent expressément les autorités chargées de l'application de la LPCFam à transmettre le présent formulaire et à communiquer les renseignements/pièces y relatifs, au système d'information du revenu déterminant unifié (SI RDU), base centralisée de données au sens de l'article 11 de la loi du 9 novembre 2010 sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises (LHPS). Conformément à l'article 12 LHPS, les données figurant dans le SI RDU peuvent être utilisées pour examiner et déterminer le droit aux prestations du ComiPP (art. 20c LPCFam, et 44a RLPCFam).

Levée du secret fiscal

Il est rappelé qu'en vertu de la loi, 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. 20d, 22 LPCFam).

Devoir de collaborer et conséquences de l'inobservation

Les signataires du présent formulaire s'engagent à informer sans délai par écrit le ComiPP de tout changement de domicile, de situation économique ou familiale, y compris celle des enfants. A défaut et après avertissement, le ComiPP peut refuser le paiement de la prestation.

Les signataires du présent formulaire certifient que les réponses données dans le présent questionnaire sont complètes et conformes à la vérité. En cas d'informations inexactes, incomplètes ou d'omissions, les soussignés peuvent être tenus de restituer les prestations indûment touchées.

Si le/la bénéficiaire a obtenu des prestations sur la base d'informations sciemment fausses ou inexactes, une plainte pénale peut être déposée auprès du Ministère public ; la sanction prononcée peut aller jusqu'à une peine privative de liberté, voire à une expulsion du territoire suisse lorsqu'il s'agit d'un ressortissant étranger (articles 66a, 146 et 148a du Code pénal suisse).

8. LISTE DETAILLEE ET EXHAUSTIVE DES ORGANISMES auprès desquels le/la requérant/e, son/sa conjoint/e, partenaire enregistré/e ou concubin/e et/ou les enfants à charge détiennent des avoirs, sous quelque forme que ce soit :

	Nom de l'organisme	Nom du titulaire du compte ou de la police
Etablissements bancaires ou postaux		
Sociétés d'assurances		
Instances		

9. SIGNATURE(S)

Lieu et date :

Signature du/de la requérant/e (ou de son/sa représentant/e légal/e) :

Signature du/de la conjoint/e, partenaire enregistré/e ou concubin/e (ou de son/sa représentant/e légal/e) :

Pour déposer votre demande : veuillez envoyer le formulaire DATÉ et SIGNÉ avec COPIE de tous les justificatifs, y compris ceux mentionnés à la page 3

à l'adresse suivante : Comité pour l'octroi de prestations ponctuelles (ComiPP)
BAP – Avenue des Casernes 2
1014 Lausanne