

**OFFICE CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**
Caisse de compensation
Division des prestations
Allocations pour perte de gain

Feuille complémentaire à la demande APG (en cas d'activité auprès de plusieurs employeurs)

A remplir par l'employeur

6. Salaire soumis à cotisation AVS avant l'entrée en service, resp. salaire perçu lors de la dernière occupation

6.1 La personne accomplissant le service est salariée :

Au mois : Fr. _____ (sans salaire en nature)

A l'heure : Dernier salaire

Horaire pour _____/heure par semaine Fr. _____ (sans indemnité vacances)

6.2 Autres rémunération (13^{ème}/gratif./autre) : Fr. _____ heure mois année 4 semaines

6.3 La personne accomplissant le service était-elle occupée en permanence chez vous durant les 12 derniers mois ?

Oui non, du _____ au _____

6.5 Dans la mesure où le salaire de la personne faisant du service étant soumis à de fortes fluctuations avant l'entrée en service, prière d'indiquer le salaire des douze derniers mois avant l'entrée en service :

Salaire soumis au prélèvement de cotisations AVS durant les 12 mois qui ont précédé le service (sans indemnités journalières de l'AA ou de l'Amal)		Absences pour cause de maladie ou d'accident avec réduction de salaire : pour signaler maladie, mettez M, pour signaler accidents, mettez A	
Mois	Montant	Du	au
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

6.6 Continuez – vous à verser le salaire pendant le service ?

Non Oui Fr _____ ou _____ % du salaire soumis à cotisations AVS avant l'entrée en service

Jusqu'à quand continuez-vous à verser le salaire du _____ au _____

6.7 Souhaitez-vous que la caisse de compensation adresse le paiement

A l'employeur ? directement à la personne faisant du service ?

Lieu et date

Signature de l'employeur et N° de déc ompte