

Feuille complémentaire au formulaire APG

En cas de pluriactivité

Office cantonal des assurances sociales
Rue des Gares 12
Case postale 2595
1211 Genève 2
+41 22 327 27 27
www.ocas.ch

A. Indications sur la personne et le service

Nom, prénom : _____ N°AVS : 756. _____

Domicile (Adresse, n° postal/lieu) : _____

Période de service : du _____ au _____

B. A remplir par l'employeur

Salaires soumis à cotisation AVS avant l'entrée en service, respectivement salaire perçu lors de la dernière occupation

La personne accomplissant le service est salariée :

- Au mois** : x12 x13 CHF _____ (sans salaire en nature)
 A l'heure : dernier salaire horaire pour _____ heures/semaine CHF _____ (sans indemnités vacances/j. fériés)
 Autres rémunérations (13^{ème}/gratification/autre) CHF _____ heure mois année 4 sem.

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

Oui Non, du _____ au _____

Dans la mesure où le salaire de la personne faisant du service est soumis à de fortes fluctuations, prière d'indiquer le salaire des douze derniers mois avant l'entrée en service ou **joindre un récapitulatif des salaires** :

Salaires AVS durant les 12 mois qui ont précédé le service (sans indemnités journalières de l'AA ou de la LAMal)		Absences pour cause de maladie ou d'accident Spécifier l'absence : M= maladie, A=accidents	
Mois	Montants	du	au
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____
11.	_____	_____	_____
12.	_____	_____	_____

Continuez-vous à verser le salaire pendant le service ?

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

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

Souhaitez-vous que la caisse de compensation adresse le paiement **A l'employeur?** **A la personne faisant du service?**

IBAN : _____ Titulaire du compte : _____

Personne de contact : _____ Tél. : _____

Casse de compensation : _____ Mail : _____

Lieu et date _____ Timbre et signature de l'employeur _____