

**Déclaration de l'employeur
Modèle AB**

1 Le travailleur

Nom et prénom _____
(pour les femmes : nom de jeune fille)

Date de naissance né(e) le ____/____/____

Numéro national N° National : _____

Rue et numéro _____

Numéro postal et localité _____

Numéro de téléphone ☎ _____ / _____

Adresse e-mail _____ @ _____

2 L'employeur

Dénomination _____

Rue et numéro _____

Numéro postal et localité _____

Numéro de téléphone ☎ _____ / _____

Adresse e-mail _____ @ _____

N° ONSS _____

Dénomination de la Caisse d'Allocations Familiales _____

N° d'affiliation auprès de cette Caisse _____

Dénomination du Secrétariat Social _____

N° au Secrétariat Social _____

Vos enfants, notre engagement !

3 Le contrat de travail

Date d'entrée en service : ___/___/___

Contrat de travail à durée indéterminée
 à durée déterminée, du ___/___/___ au ___/___/___
 ouvrier employé

Statut particulier travailleur intérimaire domestique
 ACS travailleur à domicile
 autre _____
(p.e. CST, TCT, stage des jeunes, étudiant, contrat d'apprentissage industriel)

Des cotisations de sécurité sociale sont-elles payées pour le secteur des allocations familiales pour ce travailleur? oui non

Le travailleur est occupé à temps plein au moins à mi-temps moins d'un mi-temps

Date de sortie de service : ___/___/___

Période couverte par l'indemnité de préavis ou du ___/___/___ au ___/___/___
l'indemnité de rupture du contrat de travail

4 Les prestations de travail

Indiquez « 1 » pour tous les mois de service comportant au moins 1 jour de travail, sinon inscrivez « 0 »

| ANNEE | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Pour les mois pour lesquels vous avez inscrit « 0 », précisez ci-dessous la raison. (p.e. congé de maladie, interruption de carrière, accident du travail, congé sans solde, etc.)

5 Signature

Cachet de l'employeur ou du secrétariat social

Je déclare avoir rempli correctement le présent document. Je sais que la communication délibérée de données inexactes est punissable et que l'employeur peut être tenu responsable du paiement indu des prestations familiales.

Je joins _____ annexe(s).

Date ___/___/___

Signature : _____ 