



## DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES FAMILIALES

**Le formulaire de demande doit être complété dans son intégralité et accompagné:**

- des justificatifs de toutes les informations données.
- de la déclaration fiscale dans son intégralité.

Indiquer "Néant" ou tracer si une rubrique ne vous concerne pas.

Le formulaire daté et signé aux pages 5, 6 et 9 doit être envoyé en format papier par courrier ou déposé à l'adresse du SPC: Route de Chêne 54 – Case postale 6375 – 1211 Genève 6.

### A. CONDITIONS PERSONNELLES

n° dossier

	Oui	Non
- Etes-vous domicilié-e sur le territoire genevois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous des enfants à charge de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans en études?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Résidez-vous à Genève sans interruption et au bénéfice d'un permis de séjour depuis 5 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si une des réponses à ces questions est "non", les conditions personnelles à l'obtention des prestations complémentaires familiales (PCFam) ne sont pas remplies. Par conséquent, le droit aux PCFam sera refusé.**

#### Pour les familles monoparentales

	Oui	Non
- Exercez-vous des activités lucratives salariées à un taux d'activité d'au moins 40%?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ou**

- Etes-vous au bénéfice d'indemnités chômage, perte de gain, maladie, accident, maternité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

#### Pour les familles avec 2 adultes (conjoints, partenaires enregistré-es, concubin-es)

	Oui	Non
- Exercez-vous des activités lucratives salariées à un taux d'activité d'au moins 90%?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ou**

- Etes-vous au bénéfice d'indemnités chômage, perte de gain, maladie, accident, maternité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

**Si vos réponses à ces questions sont toutes "non", les conditions personnelles à l'obtention des prestations complémentaires familiales (PCFam) ne sont pas remplies. Par conséquent, le droit aux PCFam sera refusé.**

	Oui	Non
- Etes-vous au bénéfice d'une rente de l'AVS/AI ou d'indemnités journalières AI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faites-vous l'objet d'une taxation d'office auprès de l'administration fiscale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si une des réponses à ces questions est "oui", les conditions personnelles à l'obtention des prestations complémentaires familiales (PCFam) ne sont pas remplies. Par conséquent, le droit aux PCFam sera refusé.**

	Oui	Non
- Une demande de rente d'invalidité est-elle en cours d'instruction auprès de l'Office AI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si la réponse est "oui", veuillez nous transmettre une copie de l'accusé de réception délivré par l'OCAI.**

## B. DONNEES PERSONNELLES

Numéro AVS:

756. \_\_\_\_\_

Nom:

Prénoms:

Etat civil actuel:

Date de naissance:

Nationalité:

Date d'arrivée à Genève:

Type de permis de séjour:  
(pour les étrangers)

Requérant-e
756. _____

Conjoint-e / Concubin-e
756. _____

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une modification de votre état civil est-elle en cours?

Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_

Adresse (rue / n°):	
NPA - Localité:	
N° de téléphone:	
Courriel:	

### Enfants à charge

Nom	Prénoms	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Domicilié chez le ou la requérant-e		Garde partagée	Statut (écolier, étudiant, apprenti)
				Oui	Non		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Joindre une pièce d'identité pour chacun des membres du groupe familial.**

Des personnes indiquées ci-dessus sont-elles sous curatelle?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, quelles personnes? \_\_\_\_\_

Joindre l'ordonnance complète.

Si oui, de quels types de curatelles s'agit-il? \_\_\_\_\_

Des enfants indiqués ci-dessus sont-ils suivis par le SPMI?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, quels enfants? \_\_\_\_\_

Siège de l'autorité tutélaire: \_\_\_\_\_

Joindre l'ordonnance complète de l'autorité tutélaire.

Nom et adresse du curateur: \_\_\_\_\_

### C. REVENUS

Joindre une copie des pièces justificatives concernées.

	Requérant-e			Conjoint-e / Concubin-e		
<u>Votre revenu d'activité lucrative</u>	Oui	Non	Montant annuel	Oui	Non	Montant annuel
Salaire net:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salaire en nature: (nourriture, logement, appartement, autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Employeurs (Raison sociale - adresse):						
	Oui	Non		Oui	Non	
13ème salaire:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Taux d'activité:			%			%
<u>Indemnités journalières</u>	Oui	Non	Montant annuel	Oui	Non	Montant annuel
de l'assurance-maladie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de l'assurance-accidents:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de l'assurance-chômage:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de l'assurance perte de gain (APG):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Rentes</u>	Oui	Non	Montant annuel	Oui	Non	Montant annuel
de l'assurance-accidents (LAA; SUVA):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du 2ème pilier (LPP):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de sécurité sociale étrangère:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Autres revenus</u>	Oui	Non	Montant annuel	Oui	Non	Montant annuel
Contrat d'entretien viager dont vous êtes bénéficiaire:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Revenus de successions non partagées:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allocation logement:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Subside d'assurance-maladie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pension alimentaire reçue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allocations de la ville / commune:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Description: (+ Joindre les justificatifs.)						

## D. REVENUS DES ENFANTS

Joindre une copie des pièces justificatives concernées.

### Enfants à charge

*(mineurs ou âgés de moins de 25 ans en étude ou en formation)*

Nom	Prénoms	Allocations familiales			Alloc. études/apprentissage			Gains d'apprentissage			Autres revenus		
		Oui	Non	Montant annuel	Oui	Non	Montant annuel	Oui	Non	Montant annuel	Oui	Non	Montant annuel
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres revenus - description:

---

---

---

---



**F. FORTUNE IMMOBILIERE**

**DECLARATION DES PROPRIETES IMMOBILIERES DE TOUTE LA FAMILLE**

Le requérant ou la requérante (ou son représentant ou sa représentante) ainsi que le conjoint ou la conjointe attestent que les indications figurant dans le présent formulaire sont complètes et véridiques.

**Je possède en Suisse et/ou à l'étranger la-les propriétés suivantes:**

Nom du/de la propriétaire

Lieu

Type (Demeure principale, propriété secondaire, terrain, etc.)

-----  
-----  
-----  
-----

*Joindre une estimation de la valeur vénale et locative actuelle des propriétés immobilières, réalisée par un notaire, un architecte ou un agent immobilier.*

**Je déclare avoir vendu ou fait donation d'une propriété immobilière en Suisse ou à l'étranger:**

Nom du vendeur / donateur

Lieu

Date

Type

-----  
-----  
-----

*Joindre les actes notariés des ventes ou des donations des propriétés immobilières.*

**Je déclare que ni moi, ni ma conjointe ou mon conjoint, ni mes enfants à charge, ne possédons, ni n'avons vendu, ni n'avons fait donation de propriété immobilière (maison, appartement, terrain, usufruit, droit d'habitation, etc.) ni en Suisse ni à l'étranger.**

**Lieu et date:** ..... **Signature demandeur/euse:**..... **Signature conjoint-e :**.....

## G. DEPENSES

Joindre une copie des pièces justificatives concernées.

### Logement:

Vous êtes:

<b>locataire</b>	<input type="checkbox"/>	<b>sous-locataire</b>	<input type="checkbox"/>		Montant annuel	Fournir une copie du bail et du dernier avenant. Les sous-locataires doivent aussi fournir un contrat de sous-location.
Loyer sans les charges:						
Charges et frais accessoires:						
Frais de chauffage:						

OU

Vous êtes:

			Valeur locative IFD	Fournir l'annexe D de la déclaration fiscale.
<b>propriétaire:</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>usufruitier:</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>bénéficiaire d'un droit d'habitation:</b>	<input type="checkbox"/>			

### Personnes partageant votre logement:

Nom	Prénoms	Date de naissance		

### Assurances-maladie (LAMal):

Nom	Prénoms	Nom de la caisse	Montant annuel

## G. DEPENSES (suite)

Joindre une copie des pièces justificatives concernées.

### Autres dépenses:

	oui	non	montant annuel
Pensions alimentaires versées:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres: (description + justificatifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Remboursement des frais de garde et de soutien scolaire:

Les frais de garde pour les enfants âgés de moins de 13 ans révolus et les frais de soutien scolaire pour les enfants de moins de 16 ans révolus (dans la mesure où ces frais sont à votre charge) peuvent être remboursés par les prestations complémentaires familiales.

Les justificatifs relatifs à ces frais sont à adresser au SPC en vue de leur remboursement.

Le remboursement s'élève à Fr. 6'300.- par année au maximum pour chaque enfant.

## H. VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations complémentaires familiales doivent être versées sur le compte suivant:

Nom de la banque:	
Adresse de la banque:	
Titulaire du compte: [Nom / Prénom]	
IBAN:	CH _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

## I. DISPOSITIONS LEGALES

### Obligation de renseigner

Les éléments déclarés lors du dépôt d'une demande de prestations doivent être complets et exacts (art.29, al.2 LPGA). La personne ayant droit et ses proches, sa représentation légale ou, le cas échéant, le tiers ou l'autorité à qui la prestation complémentaire est versée, ainsi que toute personne ou toute institution participant à la mise en œuvre des PCFam doit communiquer sans retard au SPC tout changement dans la situation personnelle et toute modification sensible dans la situation matérielle du bénéficiaire de la prestation. Cette obligation de renseigner vaut aussi pour les modifications concernant les membres de la famille de l'ayant droit (art. 31 LPGA et art. 24 RPCFam).

### Dispositions générales

La personne requérante ou sa représentation légale autorise les administrations fiscales, les établissements publics et privés (banques, compagnies d'assurances, caisses de pensions, etc.) à donner au service des prestations complémentaires (SPC), tout renseignement sur les ressources, avoirs, comptes et autres biens de la personne requérante, ainsi que ceux des personnes à sa charge. Dans le cadre de l'entraide administrative prévue en vertu de la loi sur le revenu déterminant unifié, le SPC peut être amené à demander et/ou à transmettre spontanément à d'autres services ou institutions faisant partie du dispositif RDU, ainsi qu'à l'office cantonal de l'emploi et à l'office cantonal des assurances sociales, des pièces ou des informations que le requérant ou son représentant lui a/ont fournies.

### Dispositions pénales

Est puni, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit frappé d'une peine plus élevée par le code pénal, d'une peine pécuniaire n'excédant pas 180 jours-amendes: celui qui par des indications fausses ou incomplètes, ou de toute autre manière, obtient d'un canton ou d'une institution d'utilité publique, pour lui-même ou pour autrui, l'octroi indu d'une prestation. Il en est de même de celui qui manque à son obligation de renseigner (art. 31, al. 1, let. a et d LPC et 45 LPCC). Celui qui, dans le dessein de se procurer ou de procurer à un tiers un enrichissement illégitime, aura astucieusement induit en erreur une personne par des affirmations fallacieuses ou par la dissimulation de faits vrais ou l'aura astucieusement confortée dans son erreur et aura de la sorte déterminé la victime à des actes préjudiciables à ses intérêts pécuniaires ou à ceux d'un tiers sera puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire (escroquerie - art. 146, al.1 CP). Quiconque, par des déclarations fausses ou incomplètes, en passant des faits sous silence ou de toute autre façon, induit une personne en erreur ou la conforte dans son erreur, et obtient de la sorte pour lui-même ou pour un tiers des prestations indues d'une assurance sociale ou de l'aide sociale, est puni d'une peine privative de liberté d'un an au plus ou d'une peine pécuniaire. Dans les cas de peu de gravité, la peine est l'amende (obtention illicite des prestations d'une assurance sociale ou d'aide sociale - art. 148a, al. 1 CP). Le juge expulse de Suisse l'étranger qui est condamné pour escroquerie (art.146, al.1 CP) à une assurance ou obtention illicite de prestations d'une assurance sociale ou de l'aide sociale (art. 148a, al. 1 CP), quelle que soit la quotité de la peine prononcée à son encontre, pour une durée de cinq à quinze ans (expulsion - art. 66a, al. 1, let e CP).

Ces dispositions sont également applicables à la perception induite de prestations de droit cantonal (art. 45 LPCC).

### Restitution prestations indues

Tout versement indu de prestations fédérales ou cantonales résultant d'une violation de l'obligation de renseigner telle qu'indiquée ci-dessus ou de toute autre infraction pénale précitée fait l'objet d'une demande de restitution avec effet rétroactif sur 7 ans ou 15 ans dans les cas d'escroquerie art. 25, al.2 LPGA et 97, al.1 CP.

## J. SIGNATURES

**Le demandeur ou la demandeuse (ou son représentant ou sa représentante) déclare sur l'honneur que les renseignements figurant dans le présent formulaire sont exacts et complets.**

**Par votre signature, vous confirmez avoir pris connaissance des dispositions légales ci-dessus.**

Lieu et date:	
Signature demandeur / demandeuse:	
Signature conjoint-e / concubin-e:	