

à l'intention de sa/son

Caisse de chômage no:

Office de paiement no:

P.P. ORP. _____

Nom, Prénom
Adresse
N° postal et localité



Attention

- compléter les **10 rubriques** en page 2
- dater et signer ce formulaire
- le remettre à la caisse de chômage

No AVS
Date de naissance
No tél +41
No personnel

⇒ Veuillez répondre à toutes les questions au verso, s.v.p. Les questions se rapportent toujours au mois indiqué ci-dessus.

La caisse ne pourra effectuer aucun versement, si le formulaire n'est pas dûment complété ou que des annexes manquent.

Le droit aux prestations de l'assurance expire, si personne ne l'a fait valoir au cours des trois mois qui suivent la période de contrôle à laquelle il se rapporte.

Toute indication inexacte ou incomplète peut entraîner la suppression des prestations ou l'ouverture d'une plainte. Les prestations versées à tort doivent être restituées.

Lieu et date:

Signature de la personne assurée:

Complétez

Veillez à signer le document
avant de le remettre à la caisse
de chômage



N° AVS	Mois:
Nom, prénom	

- 1. Avez-vous travaillé chez un ou plusieurs employeurs?** Oui Non
- Si oui: du _____ au _____ Employeur: _____
- du _____ au _____ Employeur: _____

(veuillez joindre l'(les)attestation(s) de gain(s) intermédiaire(s) ainsi que la ou les fiches de salaires)

- 2. Avez-vous exercé une activité indépendante?** Oui Non
- Si oui: du _____ au _____
- (veuillez joindre les pièces justificatives/décomptes)

- 3. Avez-vous suivi une mesure du marché du travail au cours de ce mois? (par exemple: cours, programme d'occupation, stage)** Oui Non

- 4. Avez-vous été en incapacité de travailler?** Oui Non
- annoncée le _____ à _____

A la suite d'une maladie: du _____ au _____

A la suite d'un accident: du _____ au _____

(veuillez joindre un certificat médical)

Ou pour d'autres raisons?

Lesquelles? _____ du _____ au _____

- Avez-vous une assurance perte de gain en cas de maladie?** Oui Non

- 5. Avez-vous effectué un service militaire, civil ou de protection civile?** Oui Non
- Si oui, du _____ au _____

- 6. Avez-vous pris des vacances?** Oui Non
- Si oui, du _____ au _____

- Ou étiez-vous absent(e) pour d'autres raisons?** Oui Non

Si oui, pourquoi? _____ du _____ au _____

- 7a. Votre obligation d'entretien ou celle de votre conjoint(e) ou partenaire enregistré(e) envers des enfants de moins de 18 ans ou des enfants en formation a-t-elle été modifiée?** Oui Non

(Si oui, veuillez joindre l'acte de naissance, le contrat d'apprentissage, une attestation de l'institut de formation et/ou le diplôme)

- 7b. Est-ce qu'une autre personne (par ex. votre conjoint/e) a droit à des allocations pour enfant et/ou à des allocations de formation? Ceci est toujours le cas, si cette personne a un revenu minimum de CHF 587.- par mois (état le 1er janvier 2015).** Oui Non

- 8. Avez-vous revendiqué ou reçu des prestations d'une autre assurance sociale suisse ou étrangère? (par exemple: AI, SUVA, prévoyance professionnelle, rente AVS anticipée)?** Oui Non
- (Si oui, joindre une copie de la décision et du décompte)

- 9. Le pourcentage d'activité que vous recherchez est-il le même que le mois précédent?** Oui Non

Si non, quel est votre nouveau taux d'activité recherché? _____ % depuis quand? _____

- 10. Etes-vous encore au chômage?** Oui Non
- Reprise du travail le _____

Remarques: _____

Ne pas remplir

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----