

Allocation d'adoption genevoise

Attestation de salaire

(à remplir par l'employeur)

Nom	<input type="text"/>	Numéro AVS	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
employé (e)	du <input type="text"/>	au	<input type="text"/>
dernier jour de travail avant l'adoption	<input type="text"/>		
reprend probablement le travail à partir du	<input type="text"/>		

indications sur le salaire (dernier salaire versé)

Salaire mensuel	Fr. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 12	<input type="checkbox"/> x 13	<input type="checkbox"/> x 14
Salaire horaire	Fr. <input type="text"/>	par heure	pour <input type="text"/>	heures par semaine
	en plus	<input type="text"/>	% 13ème mois de salaire, gratification ou autre	

ou

Revenu total pendant les derniers	<input type="text"/>	mois	Fr.	<input type="text"/>
Salaire en nature	Fr. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> par semaine	<input type="checkbox"/> par mois	<input type="checkbox"/> par année

Nous versons un salaire durant le congé d'adoption Oui Non

si oui	du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>
	Fr.	<input type="text"/>	par	<input type="text"/>

Durant le congé d'adoption, l'employé(e) perçoit les prestations suivantes :

indemnités journalières de l'assurance maladie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
indemnités journalières de l'assurance accident	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
prestations de l'assurance militaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
prestations d'une autre assurance maternité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, quelle institution verse les indemnités et à quel montant s'élèvent-elles ?

<input type="text"/>	Fr.	<input type="text"/>
----------------------	-----	----------------------

L'allocation d'adoption doit être versée à l'employeur l'employé(e)

Nous nous engageons à informer immédiatement et par écrit la caisse de compensation d'une reprise éventuelle du travail avant l'expiration des 16 semaines de congé de maternité.

Nous avons rempli l'attestation de manière complète et conforme à la vérité.

Nom	Adresse	Décompte No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date Timbre et signature

**Au cas où il y aurait plusieurs employeurs, veuillez faire remplir séparément une attestation par chacun d'eux.
(dans ce but, cette page peut être photocopiée)**