

Allocation de maternité 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"/>
employée	du <input type="text"/>	au	<input type="text"/>
dernier jour de travail avant l'accouchement	<input type="text"/>		
reprend le travail probablement 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 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 de maternité		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
si oui	du <input type="text"/>	au	<input type="text"/>
	Fr. <input type="text"/>	par	<input type="text"/>

Durant le congé de maternité, l'employée 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 de maternité doit être versée à l'employeur l'employée

Nous nous engageons à informer immédiatement et par écrit la caisse de compensation d'une reprise éventuelle du travail pendant la durée du versement des allocations.

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)**