

CHOMAGE PARTIEL - AIDE - COVID-19

Requérant/e:

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue / N0. \_\_\_\_\_ Code postal / Lieu \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ No. AVS \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Situation marital  marié-e/  
partenariat enregistré  concubinat  divorcé-e  célibataire

Nombre d'enfants \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Profession partenaire \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ depuis (date): \_\_\_\_\_

Adresse employeur \_\_\_\_\_

Employeur est membre de  SBVV  Bon suisse du livre

Notes:

## CHOMAGE PARTIEL - AIDE - COVID-19

---

### Situation économique

Charges fixes mensuels:

Loyer / charge hypothécaire \_\_\_\_\_ CHF

Prime caisse maladie \_\_\_\_\_ CHF

Frais d'électricité/chauffage \_\_\_\_\_ CHF

Mensualités de leasing ou de crédit \_\_\_\_\_ CHF

Charges d'entretien (enfants, ancien partenaire etc.) \_\_\_\_\_ CHF

\_\_\_\_\_ CHF

\_\_\_\_\_ CHF

**TOTAL CHARGES MENSUELLES** \_\_\_\_\_ CHF

Salaire net contractuel 100% (additionné dans toute la période du chômage partiel) \_\_\_\_\_ CHF

Chômage partiel, payé (additionné dans toute la période du chômage partiel) \_\_\_\_\_ CHF

Economies \_\_\_\_\_ CHF

Salaire mensuel partenaire \_\_\_\_\_ CHF

Durée du chômage partiel

## CHOMAGE PARTIEL - AIDE - COVID-19

### Factures urgentes ouvertes à payer :

\_\_\_\_\_ CHF

\_\_\_\_\_ CHF

\_\_\_\_\_ CHF

Poursuites ouvertes?

Oui     Non

Y a-t-il quelqu'un qui peut vous aider?

Oui     Non

Si oui, qui et comment?

\_\_\_\_\_

Durée du chômage partiel

\_\_\_\_\_

Coordonnées bancaires (IBAN)

CH \_\_\_\_\_

Nom et lieu de l'institut financier

\_\_\_\_\_

merci de détailler votre situation sur une feuille séparée, si besoin/les cas échéant

Le ou la requérant\_e confirme par sa signature l'exactitude des données indiquées. Bien qu'une preuve de la véracité des données n'est pas obligatoire, la caisse de soutien du SBVV se réserve le droit de demander des documents ultérieurement. Le ou la requérant\_e confirme en plus qu'il/elle n'a aucune saisie sur le salaire.

Les données incorrectes ou incomplètes équivalent à une fraude dont le requérant/la requérante est tenu\_e pénalement responsable .

Lieu, Date

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Annexes obligatoires:

- Décomptes de salaire des derniers 6 mois
- Copie du contrat de travail

Toutes les données sont traitées de manière confidentielle

Merci de signer le formulaire correctement rempli et de l'envoyer avec les annexes à:  
Unterstützungskasse SBVV, Sekretariat, Limmatstrasse 111, Postfach, 8031 Zürich