

Entreprise :

Numéro d'affiliation \_\_\_\_\_

Caisse Patronales Sociales MEROBA  
Case postale 279  
1001 Lausanne

## Uniquement pour les entreprises de la branche d'électricité

### Absence justifiée - Demande d'indemnisation en cas de maladie d'enfant

- un cas par feuille
- ne concerne pas les naissances sauf exception

No.ouvrier	Nom et prénom	Motif de l'absence	Date(s) absence	Adresse de paiement sur laquelle nos caisses doivent verser l'indemnité				
_____	_____ _____	_____	_____ _____	<b>Employé</b> CCP _____ <u>Ou</u> Banque _____				
	Nouvelle adresse en cas de déménagement : _____ _____	Assujettis à l'impôt à la source ? <table border="1"><tr><td>Oui</td><td>Non</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></table>	Oui	Non	_____	_____	Salaire horaire le jour de l'absence _____	<b>Entreprise</b> CCP _____ <u>Ou</u> Banque _____
Oui	Non							
_____	_____							

☐ Pour les personnes assujetties, nous versons, dans tous les cas, le montant de l'indemnité directement à l'employeur qui devra prélever l'impôt à la source.

Pour toutes les absences, un justificatif doit être joint :

- Maladie enfant**.....
1. Copie du certificat médical au nom de l'enfant
  2. Copie de l'attestation complémentaire de l'employeur du conjoint (ci-jointe)

**Timbre et signature de l'entreprise :**

Date : \_\_\_\_\_

Paiement dans les 15 jours ouvrables dès réception de la demande

A remplir par la Caisse

\_\_\_\_\_ J x 8 h \_\_\_\_\_ x Fr \_\_\_\_\_

Fr.....

./. AVS/AC/LPCFam

Fr.....

Indemnité nette

Fr.....

Payé le \_\_\_\_\_

## **Attestation complémentaire de l'employeur du conjoint en cas d'absence pour maladie d'un enfant**

*Article 32.1 CCT 2020-2023*

Nom – Prénom du collaborateur : .....

Absence maladie de l'enfant du ..... au .....

Ce document atteste l'incapacité du conjoint(e), de s'occuper de l'enfant malade.

Nom-Prénom du conjoint-e : .....

**Activité salariée – plein temps**

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

**Activité indépendante**

Nom et adresse : .....

.....

**Sans activité salariale**

Par la présente, l'employeur du conjoint-e ou conjoint-e indépendante déclare sur l'honneur que son employé-e, mentionné ci-dessus, était dans l'incapacité de s'occuper de l'enfant malade pour des raisons professionnelles. Cette attestation est une annexe à la demande d'absence justifiée, ainsi que le certificat médical au nom de l'enfant établi par le médecin traitant.

Date, timbre et signature de l'employeur

Le .....