

**Demande d'indemnité de chômage**

Nom et prénom	No AVS	
NPA, localité, rue, numéro	Date de naissance	Etat civil
Relation bancaire (numéro IBAN)	Téléphone	
	P.	B.

1 Avez-vous déjà touché des prestations de l'assurance-chômage durant les deux dernières années ?

oui Caisse   non

2 A partir de quelle date demandez-vous l'indemnité journalière ?

3 Dans quelle mesure êtes-vous disposé(e) à travailler ?

à plein temps

à temps partiel, maximum  heures par semaine resp.  % d'une activité à plein temps

4 Pouvez-vous certifier actuellement d'une capacité de travail équivalente ?  oui  non\* →  %

\* Si non, prière de joindre un certificat médical

Recevez-vous

5 - une rente AVS ou en avez-vous demandé une ?  oui  non

6 - une pension à la suite d'un rapport de travail ?  oui fr. p/m.  depuis le   non  
(assurance-vieillesse suisse ou étrangère)

- ou avez-vous touché une prestation en capital  oui fr.  quand   non  
de votre institution de prévoyance professionnelle  
ou d'une assurance-vieillesse étrangère ?

7 - une indemnité journalière de l'assurance-invalidité,  oui fr. p/j.  depuis le   non  
de l'assurance-accidents, maladie ou militaire  
suisse ou d'une assurance-étrangère analogue ou  
encore de la prévoyance professionnelle ?

8 - une rente de ces mêmes assurances ?  oui fr. p/m.  depuis le   non

9 Avez-vous demandé une indemnité journalière ou  oui auprès de  le   non  
une rente ?  
(Les indications sous points 5 à 9 doivent être prouvées.)

10 Avez-vous une assurance pour indemnité journalière en cas de maladie ?

oui Nom  N° de membre   non

11 Avez-vous, vous, votre conjoint(e) ou partenaire enregistré(e), une obligation d'entretien envers des enfants jusqu'à 18 ans révolus, des enfants en incapacité de gain jusqu'à 20 ans révolus ou des enfants en formation jusqu'à 25 ans révolus ?

oui, remplissez le formulaire 716.102 « Obligation d'entretien envers des enfants »  non



12 Obtenez-vous encore un revenu d'une activité salariée ou indépendante ?

oui, occupé(e) comme  depuis le   non

Quand déployez-vous cette activité ?

le matin  l'après-midi  le soir  la nuit  à l'heure  jours isolés

Nom et adresse de l'employeur


13 Avez-vous cessé une activité indépendante selon l'art. 9, al. 1, LAVS au cours des deux dernières années ? (veuillez apporter la preuve que vous étiez indépendant(e) et de l'activité que vous avez exercée)  oui  non

**Dernier rapport de travail**

14 Nom et adresse du **dernier** employeur


15 Nature du rapport de travail

<input type="checkbox"/> emploi à plein temps	<input type="checkbox"/> durée déterminée	<input type="checkbox"/> durée indéterminée	<input type="checkbox"/> programme d'emploi
<input type="checkbox"/> emploi à temps partiel	<input type="checkbox"/> emploi auxiliaire	<input type="checkbox"/> emploi sur appel	temporaire financé par
<input type="checkbox"/> travail à domicile	<input type="checkbox"/> emploi saisonnier	<input type="checkbox"/> contrat de travail temporaire	l'assurance-chômage
	<input type="checkbox"/> apprentissage	<input type="checkbox"/> autre	

16 Durée du rapport de travail

du		au
----	--	----

17 Existait-il un contrat de travail écrit ?

oui (prière de joindre une copie du contrat)  non

18 Résiliation du rapport de travail

Qui a résilié ?

quand ?

pour quelle date ?

oralement  par écrit

19 Dernier jour de travail effectué

20 Motif de la résiliation ?


21 Etes-vous encore assuré(e) conformément à la LPP auprès de votre dernier employeur ?

oui  non

22 Avez-vous bénéficié d'une mise à la retraite avant l'âge ordinaire de la retraite AVS ?

oui  non

facultative  imposée (pour des raisons d'ordre économique, réglementaire ou légal)

23 Lors de la résiliation ou pendant le délai de résiliation, étiez-vous enceinte ou avez-vous été empêché(e) de travailler en raison de maladie, accident, congé de maternité, service militaire, service civil ou de protection civile ?

oui Motif  du  au   non

Motif  du  au

23a Reste-t-il, au terme des rapports de travail, des jours de congé à prendre en raison de paternité (art. 329g CO : 2 semaines par enfant à prendre dans les 6 mois qui suivent la naissance de l'enfant) ?

oui : solde restant   non

23b Avez-vous, au cours des 12 mois qui précèdent la fin du rapport de travail, pris congé pour la prise en charge de votre enfant gravement atteint dans sa santé (art. 329i CO : max. 14 semaines par enfant pour les deux parents) ?

oui : début du délai-cadre de congé de prise en charge   non

24 L'employeur vous a-t-il proposé une prolongation du délai de congé ?

oui pourquoi avez-vous refusé ?  non


25 Avez-vous fait valoir des prétentions de salaire vis-à-vis de votre employeur en relation avec le délai de congé non respecté ?  oui pour  jours de travail  fr.  non

Ont-elles été contestées par l'employeur ?  oui  non

26 Pensez-vous, le cas échéant, introduire une procédure auprès d'un tribunal des prud'hommes ou autre ?  oui  non

Ou une telle procédure est-elle déjà en cours ?  oui  non

27 En plus du salaire auquel vous aviez droit, d'autres prestations financières vous ont-elles été accordées lors de la résiliation du rapport de travail ?

oui  fr. (veuillez joindre les pièces justificatives)  non

28 - Avez-vous, vous, votre conjoint(e) ou partenaire enregistré(e), une participation financière à l'entreprise de votre ancien employeur ou êtes-vous, votre conjoint(e) ou partenaire enregistré(e), membre d'un organe supérieur de décision de l'entreprise (par ex. actionnaire, membre du conseil d'administration d'une SA ou associé, gérant d'une Sàrl, etc.) ?  oui  non

- Avez-vous une participation financière à une autre entreprise ou y êtes-vous membre d'un organe supérieur de décision ?  oui  non

### Justification d'emplois durant les 2 ans précédent la demande

29 Auprès de quels employeurs avez-vous été occupé(e) avant votre dernier emploi ?

Nom et adresse

<input type="text"/>	du	au

Si vous avez travaillé dans un Etat membre de la UE ou de l'AELE, pouvez-vous produire le formulaire PD U1 / E 301 ?  oui  non

30 Avez-vous accompli, en dehors des rapports de travail, du service militaire, du service civil ou de protection civile en Suisse ou avez-vous perçu des allocations de maternité, de paternité ou de prise en charge (APG) ?

oui (prière de joindre une copie du livret de service ou des décomptes APG)  non

du  au

du  au

31 N'avez-vous pas été partie à un rapport de travail pendant plus de 12 mois au total en raison

- de formation scolaire, de reconversion, de perfectionnement professionnel ?  oui  non

- Si oui, avez-vous été domicilié(e) pendant 10 ans au moins en Suisse depuis votre naissance ? (prière de joindre une attestation de domicile pour ces dix années)  oui  non

- de maladie, d'accident, de grossesse ou de maternité et étiez-vous domicilié(e) en Suisse pendant cette période ? (prière de joindre un certificat médical et une attestation de domicile pour la période en question)  oui  non

- de séjour dans un établissement suisse de détention, d'éducation au travail ou dans une institution suisse de même nature ?  oui  non

Motif

<input type="text"/>	du	au

32 Avez-vous séjourné à l'étranger en qualité de salarié(e) ou aux fins de formation ou de perfectionnement ?  oui  non

	Pays	
du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/>	en qualité de salarié(e)
du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/>	aux fins de formation ou de perfectionnement

(prière de joindre une attestation d'études ou d'une activité salariée)

33 Demandez-vous les prestations de l'assurance-chômage à la suite de séparation de corps, de divorce, de suspension ou de dissolution du partenariat enregistré, d'invalidité ou de mort de votre conjoint(e) ou partenaire enregistré(e), de suppression de la rente d'invalidité ou pour un événement semblable et résidiez-vous en Suisse au moment où s'est produit l'événement en question (prière de joindre une attestation de domicile) ?

oui nature de l'événement   non

date de l'événement

34 Demandez-vous des prestations de chômage parce que vous n'assumez plus de tâches d'assistance envers une personne faisant ménage commun avec vous ?

oui durée de l'assistance   non

date et motif de la fin de l'assistance

**Remarques:**

---

---

---

---

**Remarque**

Veillez répondre à toutes les questions. Chaque question à laquelle vous ne répondrez pas nécessitera une recherche de renseignements susceptible de retarder le paiement de l'indemnité.

**Attestation**

Je prends connaissance du fait que je suis tenu(e) de participer à des mesures relatives au marché du travail.

J'atteste avoir répondu complètement et conformément à la vérité à toutes les questions et prends connaissance du fait que je suis pénalement punissable pour les fausses indications données ou pour les faits que j'aurais cachés, si cela devait conduire à un versement indu d'indemnités de chômage et à un remboursement des montants perçus.

Lieu et date

L'assuré(e)

**Annexe(s):**

- (original)  Formulaire 716.103 « Attestation de l'employeur »  
 Formulaire PD U1 « Périodes à prendre en compte pour l'octroi de prestations de chômage » ou Formulaire E 301 « Attestation concernant les périodes à prendre en compte pour l'octroi des prestations de chômage »  
 Formulaire 716.102 « Obligation d'entretien envers des enfants » avec les annexes
- (copie)  Demande d'emploi (inscription au chômage)  
 Contrat de travail  
 Lettre de congé  
 Certificat médical  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_