


Anmeldung für Familienzulagen Arbeitnehmender

Dies ist ein Antrag auf Familienzulagen Geburts- oder Adoptionszulagen Differenzzulagen

1 Angaben zum Antragsteller / zur Antragstellerin

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Name | Vorname | AHV-Nr (AHVN13) | |
| Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau | Staatszugehörigkeit | Asylbewerber <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | | seit (Datum) | |
| Adresse: Strasse / Nr | PLZ / Ort | Kanton | Erreichbar unter (Telefon, eMail etc.) |
| Ab wann beantragen Sie die Zulage (Datum)? | Beziehen Sie eine IV-, ALV-, UVG-, KTG-, Elternentschädigung? ★ Wenn JA, welche Leistung von welcher Stelle? | <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, seit: | |

2 Angaben des Arbeitgebers zu sich und zum Antragsteller

| | | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Name / Firmenbezeichnung | Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet | Abrechnungsnummer | |
| Adresse: Strasse / Nr | PLZ / Ort | Kanton | Erreichbar unter (Telefon, eMail etc.) |
| Hier beschäftigt seit (ev. bis) | Arbeitsort (Kanton) | Voraussichtliches AHV-pflichtiges Jahreseinkommen CHF |  |
| Weitere Arbeitgebende: Name, Adresse, Kontaktperson (Tel.) | | Dieses Einkommen ist <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> niedriger als das obige | |

3 Angaben zum andern Elternteil

► Bei Wiederverheiratung(en) füllen Sie bitte zusätzlich das Beiblatt aus ◀

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name | Vorname | AHV-Nr (AHVN13) | |
| Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau | Staatszugehörigkeit | |
| Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetrag. Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | | seit (Datum) | |
| Adresse: Strasse / Nr | PLZ / Ort | Kanton | Erreichbar unter (Telefon, eMail etc.) |
| Beziehen Sie eine IV-, ALV-, UVG-, KTG-, Elternentschädigung? ★ Wenn JA: Welche Leistung von welcher Stelle? | | <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, seit: | |
| Besteht ein Anstellungsverhältnis? Wenn JA, Jahreseinkommen höher als CHF 7'350.-? Wenn JA: Name, Adresse und Tel-Nr des Arbeitgebenden | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Arbeitskanton | Wer erzielt voraussichtlich das höhere AHV-pflichtige Einkommen? <input type="checkbox"/> AntragstellerIn (Ziffer 1) <input type="checkbox"/> Anderer Elternteil (Ziffer 3) |
| Besteht eine Erfassung als Selbständige/r (SE) oder Nichterwerbstätige/r (NE) bei einer Ausgleichskasse? | | <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> NE | |
| Wenn JA, bei welcher Ausgleichskasse? | | | |

★ IV = Eidg. Invalidenversicherung • ALV = Arbeitslosenversicherung • UVG = Unfallversicherung (obligatorische) • KTG = Krankentaggeldversicherung

4 Kind(er) bis maximal 25 Jahre (für welche ein Anspruch geltend gemacht wird)

► Falls Sie mehr als 5 Kinder anzumelden haben, füllen Sie bitte Ziffer 1 (Zeile 1) und Ziffer 4 eines weiteren solchen Formulars aus ◀

a) Allgemeine Angaben

| | Name | Vorname(n) | Geburtsdatum | m / f | Lebt in Ihrem Haushalt * | | Beziehung der antragstellenden Person zum Kind ** | | | | | | Erwerbsunfähig | Eiterliche Sorge *** |
|---|------|------------|--------------|-------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| | | | | | JA | NEIN | L | A | S | P | G | E | | |
| 1 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

* NEIN = Kind lebt nicht im Haushalt des Antragstellers: Ergänzen Sie bitte die Wohnsitzadresse in der nachfolgenden Tabelle

** L = Leibliches Kind • A = Adoptiv-Kind • S = Stiefkind • P = Pflegekind • G = Geschwister • E = Enkel

*** M = Mutter • V = Vater • G = gemeinsam • A = andere

b) Zusätzliche Angaben für Kinder in Ausbildung und/oder falls das Kind nicht im eigenen Haushalt lebt

| | Ausbildung | | | | Jahres-einkommen | Wohnsitzadresse des Kindes (Strasse+Nr • PLZ+Ort • Land) |
|---|------------|------|-----|-------------------|------------------|----------------------------------------------------------|
| | Beginn | Ende | Art | Ausbildungsstelle | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

5 Weitere Angaben

Bezieht oder bezog eine Person für eines oder mehrere der unter Ziffer 4 erwähnten Kinder eine Zulage? JA NEIN

Wenn JA, in welchem Zeitraum? Wer, bei welcher Ausgleichskasse?

von bis

6 Folgende Dokumente sind der Anmeldung beizulegen (in Kopie)

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alle EU-/EFTA-Bürger, deren Kindern in einem EU-/EFTA-Staat (ausser CH) Wohnsitz haben: | Geburtsscheine der Kinder und Eheschein Eine aktuelle Leistungsbestätigung des ausländischen Trägers (wird von allen Staaten ausser Frankreich von uns eingeholt). | <i>Dokumente, welche nicht in einer Schweizer Landessprache oder in Englisch verfasst sind, müssen von einem anerkannten Übersetzer übersetzt werden</i> |
| Übrige Ausländer: | Eltern: Ausländerausweis (Vor- und Rückseite) und Eheschein Kinder: Ausländerausweis (Vor- und Rückseite) | |
| Ledige Personen: | Vaterschaftsanerkennung, genehmigte Vereinbarung über das gemeinsame Sorgerecht | |
| Geschiedene od. getrennte Personen: | Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Sorgerecht und Obhut | |
| Für über 16-jährige Kinder: | Aktuelle Ausbildungsbestätigung • Bei Erwerbsunfähigkeit: Ärztliches Zeugnis | |
| Bei Bezug einer anderen Leistung: | Bestätigungen allfälliger alternativer Leistungserbringer (gemäss Ziffern 1+3) | |

7 Wichtige Hinweise • Bestätigung der Anmeldung

Wichtige Hinweise

- Nur unterschriebene und vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden.
- Die Auszahlung von Kinderzulagen vor Erhalt eines entsprechenden Zulagenentscheides erfolgt auf Risiko des Arbeitgebers.

Die unterzeichnenden Personen bestätigen,

- dass sie das Gesuch wahrheitsgetreu ausgefüllt haben;
- davon Kenntnis genommen zu haben, dass pro Kind **nur eine** (volle) Zulage bezogen werden darf;
- zu wissen, dass sie sich durch unwahre Angaben und das Verschweigen von Tatsachen strafbar machen können;
- zu wissen, dass sie zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstatten müssen;
- dass sie sich mit dieser Anmeldung dazu verpflichten, umgehend alle Änderungen der Familienverhältnisse, die den Zulagenanspruch beeinflussen können, dem Arbeitgeber bzw. der Ausgleichskasse unverzüglich mitzuteilen.

Datum, Unterschrift Antragsteller/in

Datum, Stempel, Unterschrift Arbeitgeber/in