

Familienzulagen-Anmeldung für Arbeitnehmer

1 Bezüger/in

Name	Vorname
Versicherten Nr. (AHV-Nr.)	Nationalität
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
Ab wann beantragen Sie die Zulage (Datum)	bis wann (sofern bekannt)
Sprache	Personalnummer

2 Arbeitgeber

Name	Abrechnungsnummer
Arbeitskanton	In diesem Kanton tätig seit
Einkommen höher als gesetzliches Minimaleinkommen (CHF 7560 / Jahr) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

3 Wichtige Hinweise für Arbeitgebende

Wichtige Hinweise

- nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden;
 - die Auszahlung von Familienzulagen vor Erhalt eines entsprechenden Zulagenentscheides erfolgt auf Risiko der Arbeitgebenden;
 - zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückerstattet werden;
- Die unterzeichnende Person bestätigt, dass sie
- das Gesuch wahrheitsgetreu ausgefüllt hat;
 - sich verpflichtet alle Änderungen des Arbeitsverhältnisses, die den Zulagenanspruch beeinflussen können, der Ausgleichskasse oder der Familienausgleichskasse mitzuteilen.

Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitgebenden

Bemerkungen

4 Bezüger/in

Zivilstand		Zivilstand seit
<input type="radio"/> Ledig <input type="radio"/> Verheiratet <input type="radio"/> Gerichtlich getrennt <input type="radio"/> Geschieden <input type="radio"/> Verwitwet <input type="radio"/> Partnerschaft gleichgeschl.	<input type="radio"/> Freiwillig getrennt <input type="radio"/> Freiwillig getrennte Partnerschaft <input type="radio"/> Gerichtlich getrennte Partnerschaft <input type="radio"/> Ger. aufgelöste Partnerschaft <input type="radio"/> durch Tod aufgelöste Partnerschaft	
Strasse / Nr.	Postfach	Nation / PLZ / Ort
E-Mailadresse		Telefonnummer
Hat der Bezüger / die Bezügerin andere Arbeitsverhältnisse? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		Wenn Ja, ist das Einkommen bei anderen Arbeitsverhältnissen höher? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5 Aktueller Lebenspartner/in (im selben Haushalt wohnhaft)

Name	Vorname	Versicherten Nr. (AHV-Nr.)
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Nationalität
Mit Bezüger/in verheiratet (Gleichgeschlechtliche Partnerschaft = Verheiratet) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Zivilstand		Zivilstand seit
<input type="radio"/> Ledig <input type="radio"/> Verheiratet <input type="radio"/> Gerichtlich getrennt <input type="radio"/> Geschieden <input type="radio"/> Verwitwet <input type="radio"/> Partnerschaft gleichgeschl.	<input type="radio"/> Freiwillig getrennt <input type="radio"/> Freiwillig getrennte Partnerschaft <input type="radio"/> Gerichtlich getrennte Partnerschaft <input type="radio"/> Ger. aufgelöste Partnerschaft <input type="radio"/> durch Tod aufgelöste Partnerschaft	
Erwerbstätig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	Arbeitskanton	Arbeitsland
Einkommen höher als gesetzliches Minimaleinkommen (CHF 7560/ Jahr) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Selbständig erwerbend <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Einkommen höher als Bezüger/in <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ausl. Erwerbsersatz Versicherungsleistungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		

6 Kind(er) bis maximal 25 Jahre

	Name	Vorname	Geburtsdatum	m/w	Lebt in Ihrem Haushalt*		Beziehung zu Bezüger/in**	Name der leiblichen Mutter	Name des leiblichen Vaters	Sorge- / Obhutsrecht***
					Ja	Nein				
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

*Falls das Kind nicht im Haushalt des Bezügers/in lebt, ergänzen Sie bitte die Adresse 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

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

	Erwerbsunfähig	Ausbildung				Jahres Einkommen	Wohnadresse des Kindes (Strasse/Nr, PLZ/Ort, Land)
		Beginn	Ende	Art	Ausbildungsstätte		
1	<input type="checkbox"/>						
2	<input type="checkbox"/>						
3	<input type="checkbox"/>						
4	<input type="checkbox"/>						
5	<input type="checkbox"/>						
6	<input type="checkbox"/>						

7 Folgende Dokumente sind der Anmeldung beizulegen

Dokumente, welche nicht in einer Schweizer Landessprache verfasst sind, müssen von einem anerkannten Übersetzer übersetzt werden.

Ausländer:

Eltern: Ausländerausweis und Eheschein;

Kinder: Ausländerausweis und Geburtsschein;

Aktuelle Bestätigung des zuständigen Amtes für Kindergeld im Wohnstaat der Kinder.

Ledige Personen:

Geburtschein der Kinder, Vaterschaftsanerkennung, Unterhaltsvertrag,

Vereinbarung betreffend elterlicher Sorge

Geschiedene oder getrennte Personen:

Auszug aus dem Scheidungs-, bzw. Trennungsurteil betreffend Obhutsrecht und Sorgerecht

Für Kinder über 16 Jahren:

Ausbildungsbestätigung

Für erwerbsunfähige Kinder:

Eine IV-Verfügung beilegen oder ein ärztliches Zeugnis

8 Bestätigung der Anmeldung

Wichtige Hinweise

- nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden.

Die unterzeichnende Person bestätigt, dass sie

- das Gesuch wahrheitsgetreu ausgefüllt hat,

- davon Kenntnis genommen hat, dass pro Kind nur eine Zulage bezogen werden darf,

- sich durch unwahre Angaben und Verschweigen von Tatsachen strafbar machen kann,

- zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstatten muss,

- sich verpflichtet alle Änderungen der Familienverhältnisse, die den Zulagenanspruch beeinflussen können, dem Arbeitgebenden bzw. der Ausgleichskasse oder der Familienausgleichskasse mitzuteilen.

Ort, Datum, Unterschrift des Bezügers / der Bezügerin

Bemerkungen des Bezügers

9 Anderer Elternteil (nicht im selben Haushalt wohnhaft)

Name	Vorname	Versicherten Nr. (AHV-Nr.)
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Nationalität
Verhältnis zum Bezüger / zur Bezügerin <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> getrennt <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> Partnerschaft <input type="radio"/> Getrennte Partnerschaft <input type="radio"/> Aufgelöste Partnerschaft		seit
Zivilstand <input type="radio"/> Ledig <input type="radio"/> Freiwillig getrennt <input type="radio"/> Verheiratet <input type="radio"/> Freiwillig getrennte Partnerschaft <input type="radio"/> Gerichtlich getrennt <input type="radio"/> Gerichtlich getrennte Partnerschaft <input type="radio"/> Geschieden <input type="radio"/> Ger. aufgelöste Partnerschaft <input type="radio"/> Verwitwet <input type="radio"/> durch Tod aufgelöste Partnerschaft <input type="radio"/> Partnerschaft gleichgeschl.		Zivilstand seit
Strasse / Nr.	Postfach	Nation / PLZ / Ort
Erwerbstätig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	Arbeitskanton	Arbeitsland
Einkommen höher als gesetzliches Minimaleinkommen (CHF 7560/ Jahr) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Selbständig erwerbend <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Einkommen höher als Bezüger/in <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ausl. Erwerbsersatz Versicherungsleistungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		