

Anmeldung Familienzulagen

1 Antragsteller(in)

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
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"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft		Asylbewerber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Seit (Datum)	
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)	
Ab wann beantragen Sie die Zulage (Datum)		Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie selbständigerwerbend?		Ja		Nein	

2 Arbeitgeber oder Angaben zur Selbständigkeit

Name		Abrechnungsnummer	
Beschäftigt seit / bis		Arbeitsort (Kanton)	
Adresse: Strasse / Nr.		Voraussichtliches AHV-pflichtiges Jahreseinkommen	
PLZ / Ort		Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)	
Weitere Arbeitgebende / Name, Adresse, erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.), Kontaktperson			

3 Anderer Elternteil

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
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"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft		Asylbewerber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Seit (Datum)	
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)	
Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Besteht ein Anstellungsverhältnis? Wenn ja: Name, Adresse und Telefon Nr. des Arbeitgebenden		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Arbeitskanton	
				Wer erzielt voraussichtlich das höhere Einkommen? Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> Anderer Elternteil <input type="checkbox"/>	
Besteht eine Erfassung als Selbstständige(r) oder Nicht-Erwerbstätige(r) bei einer Ausgleichskasse? Wenn ja: Bei welcher Ausgleichskasse?		<input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> NE			

Falls der andere Elternteil nicht identisch mit dem aktuellen Partner ist, füllen Sie bitte zusätzlich das Beiblatt aus.

4 Kind(er) bis maximal 25 Jahre

Falls Sie mehr als 6 Kinder anmelden möchten, füllen Sie bitte eine weitere Anmeldung aus.

Allgemeine Angaben

Kind	Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	m / w	Lebt in Ihrem Haushalt		Beziehung der antragstellenden Person zum Kind						Erwerbsunfähig Ja
					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"/>
6					<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"/>

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

**Nein = Falls das Kind nicht im Haushalt des Antragstellers lebt, ergänzen Sie bitte die Adresse in der nachfolgenden Tabelle

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

Kind	Ausbildung			Ausbildungsstelle	Jahres Einkommen	Wohnsitzadresse des Kindes (Strasse/Nr, PLZ/Ort, Land)
	Beginn	Ende	Art			
1						
2						
3						
4						
5						
6						

5 Weitere Angaben

Bezieht oder bezog eine andere Person für eines der unter Ziffer 4 erwähnten Kinder eine Zulage? Ja Nein

Wenn ja: Bitte Bestätigung der zuständigen Ausgleichskasse beilegen

6 Folgende Dokumente sind der Anmeldung beizulegen

Schweizer:	Kopie des Familienbüchleins (Eltern und Geburten) oder der Geburtsscheine der Kinder und Eheschein
Ausländer:	Eltern: Ausländerausweis und Eheschein Kinder: Ausländerausweis und Geburtsschein Aktuelle Bestätigung des zuständigen Amtes für Kindergeld im Wohnstaat der Kinder (E411) Dokumente, welche nicht in einer Schweizer Landessprache verfasst sind, müssen von einem anerkannten Übersetzer übersetzt werden
Ledige Personen:	Geburtsschein der Kinder, Vaterschaftsanerkennung, Erklärung über die gemeinsame elterliche Sorge
Geschiedene oder getrennte Personen:	Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Obhutsrecht Für Kinder über 16 Jahre:
Alle:	Aktuelle Ausbildungsbestätigung / Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit Bestätigung des alternativen Leistungserbringers (gemäss Ziffer 1, bzw. 3)

7 Wichtige Hinweise / Bestätigung der Anmeldung

Wichtige Hinweise

- Nur 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 haben, dass pro Kind nur eine volle Zulage bezogen werden darf,
- sich durch unwahre Angaben und Verschweigen von Tatsachen strafbar machen können,
- zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstatten müssen,
- sich verpflichtet, umgehend alle Änderungen der Familienverhältnisse, die den Zulagenanspruch beeinflussen können, dem Arbeitgebenden, bzw. der Ausgleichskasse mitzuteilen.

Datum, Unterschrift Antragssteller(in)

Datum, Stempel, Unterschrift des Arbeitgebenden

Beilage zur "Anmeldung Familienzulagen für Arbeitnehmende"

Angaben zum aktuellen Partner

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
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"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft				seit (Datum)	
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)	
Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?					
Besteht ein Anstellungsverhältnis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Name, Adresse und Telefon Nr. des Arbeitgebenden				Arbeitskanton	Voraussichtliches AHV-pflichtiges Jahreseinkommen?
Besteht eine Erfassung als Selbstständige(r) oder Nicht-Erwerbstätige(r) bei einer Ausgleichskasse? <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> NE Wenn ja: Bei welcher Ausgleichskasse?					

Erklärungen der Abkürzungen

IV	Invalidenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
UVG	Unfall - Taggeld
KTG	Kranken - Taggeld
MSE	Mutterschaftsentschädigung