

Anmeldung zum Bezug von Familienzulagen

1 Bezüger/in

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) 756.	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Nationalität		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"/> Seit (genaues Datum) <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennte Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft					
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?			

2 Arbeitgeber

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

3 Aktuelle/r Lebenspartner/in (im selben Haushalt wohnhaft)

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) 756.	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Nationalität		
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Seit (genaues Datum) <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennte Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft					
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: Adresse und Telefonnr. des Arbeitgebers			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Arbeits Kanton
					Einkommen höher als Bezüger/in? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Erfassung als Selbständige(r) oder Nichterwerbstätige(r) bei einer Ausgleichskasse? <input type="checkbox"/> Selbständigerwerbende/r <input type="checkbox"/> Nichterwerbstätige/r Wenn ja: bei welcher Ausgleichskasse?					

4 Kind(er) bis maximal 25 Jahre

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

Kind	Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	m/w	Lebt in Ihrem Haushalt		Beziehung zu Bezüger/in						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 = Adoptivkind, S = Stiefkind, P = Pflegekind, G = Geschwister, E = Enkel

** Nein= Falls das Kind nicht im Haushalt des Antragsstellers 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	Beginn	Ende	Ausbildung		Jahres-einkommen	Wohnsitzadresse des Kindes (Strasse/Nr. PLZ/Ort, Land)
			Art	Ausbildungsstelle		
1						
2						
3						
4						
5						
6						

5 Folgende Dokumente sind der Anmeldung beizulegen

- 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, Vereinbarung betreffend elterlicher Sorge, Vaterschaftsanerkennung, Unterhaltsvertrag
- Geschiedene oder getrennte Personen: Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Obhutsrecht und Sorgerecht
 Für Kinder in Ausbildung oder über 16 Jahre: Aktuelle Ausbildungsbestätigung / Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit
 Für erwerbsunfähige Kinder: Eine IV-Verfügung beilegen oder ein ärztliches Zeugnis

6 Bestätigung der Anmeldung

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 des Arbeitgebers.

Die unterzeichnenden Personen bestätigen, dass sie

- das Gesuch wahrheitsgetreu ausgefüllt haben,
- davon Kenntnis genommen haben, dass pro Kind nur eine Zulage bezogen werden darf,
- sich durch unwahre Angaben und Verschweigen von Tatsachen strafbar machen können,
- zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstatten müssen,
- sich verpflichten umgehend alle Änderungen der Familienverhältnisse, die den Zulagenanspruch beeinflussen können, dem Arbeitgebenden, bzw. der Ausgleichskasse oder der Familienausgleichskasse mitzuteilen.

Datum und Unterschrift Bezüger/in

Datum und Unterschrift des Arbeitgebers

7 Anderer Elternteil (nicht im selben Haushalt wohnhaft)

Name	Vorname	Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) 756.	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Nationalität	
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"/> getrennte Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft			Seit (genaues 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Adresse und Telefonnr. des Arbeitgebers		Arbeits Kanton	Einkommen höher als Bezüger/in? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Erfassung als Selbständige(r) oder Nichterwerbstätige(r) bei einer Ausgleichskasse? <input type="checkbox"/> Selbständigerwerbende/r <input type="checkbox"/> Nichterwerbstätige/r Wenn ja: bei welcher Ausgleichskasse?			