

## Anmeldung Familienzulagen für Arbeitnehmende

### 1 Antragssteller(in)

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) 756. . . .	
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					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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?			

### 2 Arbeitgebende

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 Anderer Elternteil

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

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) 756. . . .	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Staatsangehörigkeit		
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: Adresse und Telefonnr. des Arbeitgebenden			Arbeits Kanton	Wer erzielt voraussichtlich das höhere Einkommen? Antragssteller(in) <input type="checkbox"/> Anderer Elternteil <input type="checkbox"/>	
Besteht eine Erfassung als Selbständige(r) oder Nicht-Erwerbstätige(r) bei einer Ausgleichskasse? <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> NE Wenn ja: bei welcher Ausgleichskasse?					

\*Die Abkürzungen werden in der Beilage „Anmeldung Familienzulagen“ erklärt

#### 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 antragsstellenden 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 = 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 Art	Ausbildungsstelle	Jahres- einkommen	Wohnsitzadresse des Kindes (Strasse/Nr. PLZ/Ort, Land)
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 Ausgleichskassen 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, Unterhaltsvertrag

Geschiedene oder

getrennte Personen: Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Obhutrecht

Für Kinder über 16 Jahre: Aktuelle Ausbildungsbestätigung / Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit

#### 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 verpflichten, 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

### Angaben zum aktuellen Partner

Name	Vorname	Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) 756. . . . .	
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			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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Adresse und Telefonnr. des Arbeitgebenden		Arbeits Kanton	Wer erzielt voraussichtlich das höhere Einkommen? Antragssteller(in) <input type="checkbox"/> Aktueller Partner <input type="checkbox"/>
Besteht eine Erfassung als Selbständige(r) oder Nicht-Erwerbstätige(r) bei einer Ausgleichskasse? Wenn ja: bei welcher Ausgleichskasse?			<input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> NE