

## Anmeldung Familienzulagen für Arbeitnehmende

Kanton

Firma:

Kundennummer:

### 1 Antragsteller(in)

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 <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft	Seit (Datum)	
Adresse: Strasse / Nr.	PLZ / Ort	Erreichbar unter (Telefon, E-Mail)
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

### 2 Arbeitgebende

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

### 3 Anderer Elternteil

Falls es sich beim aktuellen Partner nicht um den andern Elternteil handelt, füllen Sie bitte das Beilageblatt aus!

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 <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft	Seit (Datum)		
Adresse: Strasse / Nr.	PLZ / Ort	Erreichbar unter (Telefon, E-Mail)	
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? Wenn ja: Name, Adresse und Telefon Nr. des Arbeitgebenden		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit (Datum)
Besteht eine Erfassung als Selbstständige(r) oder Nichterwerbstätige(r) bei einer Ausgleichskasse? Wenn ja: Bei welcher Ausgleichskasse?		<input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> NE	Übersteigt das Einkommen dasjenige des(r) Antragstellers(in) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum, Unterschrift anderer Elternteil

#### 4 Kind(er) bis maximal 25 Jahre

Falls Sie mehr als 5 Kinder anmelden möchten, füllen Sie bitte eine weitere Anmeldung aus.

##### Allgemeine Angaben des Kindes

Name / Vorname Versichertennummer	Geburtsdatum Geschlecht (m/f)	Wohnsitzadresse PLZ / Wohnort	Rein- einkommen **	Beziehung der antragstellenden Person zum Kind						Erwerbs- unfähig Ja ***
				L*	A*	S*	P*	G*	E*	
756.			CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
756.			CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
756.			CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
756.			CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
756.			CHF	<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

\*\* Reineinkommen (Lohn, Renten, Taggeld, Vermögensertrag)

\*\*\* Kinder, die wegen einer Krankheit oder einer Behinderung erwerbsunfähig sind

#### 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 in Kopie beizulegen

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

- |  |   |
|--|---|
| Generell alle:                         | - Kopie des Familienbüchleins (Eltern und Kinder) oder Geburtsschein der Kinder und Eheschein<br>- Bestätigung des alternativen Leistungserbringers (ALV,UVG, KTG,IV wenn solche Leistungen von einer beteiligten Person bezogen/ausgelöst wurden)<br>- Kopie des letzten Zulagenentscheides oder Bestätigung des letzten Arbeitgebers über den Bezug von Familienzulagen mit ersichtlichem Gültig-Bis-Datum. |
| Ausländer:                             | - Eltern: Gültiger Ausländerausweis und Eheschein<br>- Kinder: Gültiger Ausländerausweis  |
| Geschiedene oder getrennte Personen:   | - Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Sorge- und Obhutsrecht   |
| Für Kinder über 15 Jahre bis 25 Jahre: | - Aktuelle Ausbildungsbestätigung / Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit<br>- Lehrvertrag (ab 2. Lehrjahr aktuelle Bestätigung des Lehrbetriebes)<br>- Schulbestätigung -Praktikumsvertrag   |
| Kinder mit Wohnsitz im Ausland:        | - Aktuelle Wohnsitzbescheinigung der ausländischen Behörde<br>- Aktuelle Bestätigung des zuständigen Amtes für Kindergeld im Wohnstaat der Kinder (z.B. Formular E 411)   |

<b>Datum, Unterschrift Antragssteller(in)</b>	<b>Datum, Stempel, Unterschrift des Arbeitgebenden</b>

**Bitte beachten Sie unbedingt die folgenden wichtigen Hinweise auf der nächsten Seite!**

## 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.

Bitte überreichen Sie das ausgefüllte Formular der Personaladministration Ihres Arbeitgebers. Diese prüft die Vollständigkeit der Angaben und reicht das Formular bei der zuständigen Familienausgleichskasse ein.

Falls Sie das Formular selber einschicken möchten, legen Sie es der Personalabteilung vor, damit diese Punkt 2 (Angaben des Arbeitgebers) ausfüllen.

---

## Beilage zur "Anmeldung Familienzulagen für Arbeitnehmende"

### 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 <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft	seit (Datum)	
Adresse: Strasse / Nr.	PLZ / Ort	erreichbar unter (Telefon, E-Mail)
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	Übersteigt das Einkommen dasjenige des(r) Antragstellers(in) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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?		
<b>Datum, Unterschrift des aktuellen Partners:</b>		

### Erklärungen der Abkürzungen

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