

# Anmeldung Familienzulagen für Arbeitnehmende

## **Bitte beachten Sie:**

Nur vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Anmeldungen mit allen Unterlagen können verarbeitet werden.

## 1. Angaben des Arbeitgebers

Name	Abrechnungsnummer		
Adresse	Kontaktperson	Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)	Arbeitsort/Kanton
Beschäftigt seit/bis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ist das AHV-pflichtige <b>Jahres-Einkommen</b> höher als CHF 7'050? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Steht noch nicht fest (1. Lohnabrechnung beilegen)	

## 2. Angaben zum/zur Antragsteller(in)

Name, Vorname	Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)		
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Staatszugehörigkeit
Zivilstand Seit (Datum)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft	
Strasse, Nr.	PLZ, Ort, Kanton	Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)	
<b>Ab wann beantragen Sie die Zulage (Datum)?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit (Datum)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Weitere Arbeitgebende (ab Antragstellung)?</b> Einkommen bei diesem Arbeitgeber höher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name, Adresse	Kontaktperson	Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)	Arbeitsort/Kanton
<b>Bitte Bescheinigung dieses weiteren Arbeitgebers beilegen, dass entweder keine kinderbezogenen Leistungen ausgerichtet werden oder eine Bestätigung über Betragshöhe pro Kind und Jahr.</b>			

### 3. Angaben zum aktuellen Partner (im selben Haushalt lebend)

Falls der aktuelle Partner nicht identisch mit dem anderen Elternteil ist, füllen Sie bitte auch nachfolgende Ziffer 4 aus.

Name, Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
Geburtsdatum <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Staatszugehörigkeit	
Zivilstand Seit (Datum) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft		
Strasse, Nr.	PLZ, Ort, Kanton	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	Seit (Datum) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Besteht eine Erwerbstätigkeit? <b>Als Arbeitnehmende/r</b> Firma, Adresse, Telefonnummer des Arbeitgebenden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arbeitsort/Kanton ..... / .....	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, beschäftigt seit <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
<b>Als Selbstständigerwerbende/r</b> Bei welcher Ausgleichskasse und welchem Kanton?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Welches AHV-pflichtige <b>Jahres-Einkommen</b> * ist höher? * falls dieses mehr als CHF 7'050 im Jahr beträgt			
Datum		Unterschrift des aktuellen Partners X	

### 4. Angaben zum anderen Elternteil (in einem separaten Haushalt lebend)

Name, Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
Geburtsdatum <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Staatszugehörigkeit	
Zivilstand Seit (Datum) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft		
Strasse, Nr.	PLZ, Ort, Kanton	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	Seit (Datum) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Besteht eine Erwerbstätigkeit? <b>Als Arbeitnehmende/r</b> Firma, Adresse, Telefonnummer des Arbeitgebenden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arbeitsort/Kanton ..... / .....	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, beschäftigt seit <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
<b>Als Selbstständigerwerbende/r</b> Bei welcher Ausgleichskasse und welchem Kanton?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Welches AHV-pflichtige <b>Jahres-Einkommen</b> * ist höher? * falls dieses mehr als CHF 7'050 im Jahr beträgt			
Datum		Unterschrift anderer Elternteil X	

## 5. Kind(er) bis maximal 25 Jahre

Es sind nur Kinder aufzuführen, für welche ein Antrag gestellt wird und die jünger als 25 Jahre sind.

Kind	Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	m/w	Lebt in Ihrem Haushalt		Beziehung der antragstellenden Person zum Kind						
					Ja	Nein**	L*	A*	S*	P*	G*	E*	
1													
2													
3													
4													
5													

\* 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 über 16 Jahre und/oder falls das Kind nicht im eigenen Haushalt lebt.

Kind	Ausbildung				Jahres-Einkommen* bzw. Erwerbsersatz	Wohnsitzadresse des Kindes	Erwerbs-unfähig	
	Beginn	Ende	Art	Ausbildungsstelle			Ja	Nein
1								
2								
3								
4								
5								

\* Jährlicher Lohn für über 16-jährige in CHF

Kinder unverheirateter oder geschiedener Eltern: bitte angeben, wer die elterliche Sorge hat.

Kind	Name und Vorname des Kindes	Elterliche Sorge bei: Name, Vorname, Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) und Geburtsdatum
1		
2		
3		
4		
5		

## 6. Weitere Angaben

Beziehen Sie oder eine andere Person für eines der unter Ziffer 5 erwähnten Kinder noch andere Sozialleistungen im Ausland?  Ja  Nein  
 (z.B. Erziehungsgeld, Betreuungsgeld, Arbeitslosentaggeld, Leistungen der Invalidenversicherung etc.)

Bitte in jedem Fall aktuelle Bestätigung des zuständigen Amtes beilegen.

## 7. 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/Anerkennung der Kinder und Eheschein
- Bestätigung des alternativen Leistungserbringers (ALV, UVG, KTG, IV etc. wenn solche Leistungen von einer beteiligten Person bezogen/ausgelöst wurden)

### Ausländer:

- Eltern: Gültiger Ausländerausweis
- Kinder: Gültiger Ausländerausweis

### Geschiedene oder getrennte Personen:

- Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Sorge- und Obhutrecht

### Ledige Eltern:

- Wenn vorhanden, eine Kopie des Unterhaltsvertrages und die amtliche Bestätigung bezüglich Sorgerecht, sofern dies vereinbart wurde.

### Für Kinder über 16 Jahre bis 25 Jahre:

**Aktuelle Ausbildungsbestätigung/Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit:**

- Lehrvertrag (ab 2. Lehrjahr aktuelle Bestätigung des Lehrbetriebes)
- Schulbestätigung
- Praktikumsvertrag (nur gültig, wenn das Praktikum eine Voraussetzung für die Zulassung zu einem Bildungsgang oder dessen Abschluss ist)
- Bei Krankheit oder Unfall Arztzeugnis im Original
- IV-Entscheid wo noch nicht vorhanden, Arztzeugnis im Original

### Kinder mit Wohnsitz im Ausland:

- Aktuelle Wohnsitzbescheinigung der ausländischen Behörde
- Aktuelle Bestätigung des zuständigen Amtes für Kindergeld im Wohnstaat der Kinder
- Aktuelle Bestätigung des zuständigen Amtes für Erziehungsgeld und/oder Betreuungsgeld

Datum, Unterschrift Antragssteller(in)

X

Datum, Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

X

## 8. Wichtige Hinweise/Bestätigung der Anmeldung

### Wichtige Hinweise

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

Datenschutz: Alle Angaben werden absolut vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich dazu, die Ansprüche auf Familienzulage zu ermitteln.

Die Auszahlung von Familienzulagen vor Erhalt des entsprechenden Zulagenentscheides der Familienausgleichskasse erfolgt auf Risiko des Arbeitgebenden. Bitte beachten Sie die Merkblätter.

### Der Antragsteller/die Antragstellerin sowie die unterzeichnenden Personen (Ziffer 3 und/oder Ziffer 4) 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/Familienausgleichskasse mitzuteilen.

### Erklärungen der Abkürzungen

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