

## Anmeldung Familienzulagen für Arbeitnehmende

Antrag auf: Familienzulagen Interkantonale Differenzzulagen Internationale Differenzzulagen

### 1 Antragsteller(in)

|                                      |            |  |  |                    |
|--------------------------------------|------------|--|--|--------------------|
| Name                                 |            | Vorname  |  | Versichertennummer |
|                                      |            |  |  | 756.               |
| Geburtsdatum                         | Geschlecht |  | Staatszugehörigkeit                    | Asylbewerber       |
|                                      | Mann       | Frau   |  | Ja Nein            |
| Zivilstand                           |            | getrennt   |  | seit (Datum)       |
| ledig                                |            | geschieden   |  |                    |
| verheiratet                          |            | verwitwet  |  |                    |
| eingetragene Partnerschaft           |            | aufgelöste Partnerschaft   |  |                    |
| Adresse: Strasse / Nr.               |            | PLZ / Ort  | erreichbar unter (Telefon oder E-Mail) |                    |
| Zulage(n) beantragt ab wann? (Datum) |            | Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? Ja Nein                       |  |                    |
|                                      |            | Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle? <b>Bitte Bestätigung beilegen</b> |  |                    |

### 2 Arbeitgebende (Durch den Arbeitgeber auszufüllen)

|   |               |   |  |          |
|---|---------------|---|--|----------|
| Name  |               |   | Abrechnungsnummer (1.xxxx.x.00)        |          |
|   |               |   |  |          |
| Beschäftigt seit / bis  | Arbeitskanton | AHV-pflichtiges Mindest-Jahreseinkommen erreicht? |  | Lohnform |
|   |               | Ja Nein   |  | ML SL    |
| Adresse: Strasse / Nr.  |               | PLZ / Ort   | erreichbar unter (Telefon oder E-Mail) |          |
|   |               |   |  |          |
| Hat der Antragsteller weitere Arbeitgebende?                      |               |   |  |          |
| Ja Nein Falls ja, bei welchem wird das höchste Einkommen erzielt: |               |   |  |          |

### 3 Anderer Elternteil (leibliche Mutter / leiblicher Vater) immer ausfüllen!

Für die Informationen über die andern beteiligten Elternteile füllen Sie bitte **zusätzlich** das Beiblatt aus.

|  |            |                                       |  |                    |
|--|------------|---------------------------------------|--|--------------------|
| Name   |            | Vorname                               |  | Versichertennummer |
|  |            |                                       |  | 756.               |
| Geburtsdatum   | Geschlecht |                                       | Staatszugehörigkeit  |                    |
|  | Mann       | Frau                                  |  |                    |
| Zivilstand   |            | getrennt                              |  | seit (Datum)       |
| ledig  |            | geschieden                            |  |                    |
| verheiratet  |            | verwitwet                             |  |                    |
| eingetragene Partnerschaft   |            | aufgelöste Partnerschaft              |  |                    |
| Adresse: Strasse / Nr.   |            | PLZ / Ort                             | erreichbar unter (Telefon oder E-Mail)   |                    |
|  |            |                                       |  |                    |
| Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? Ja Nein                       |            |                                       |  |                    |
| Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle? <b>Bitte Bestätigung beilegen</b> |            |                                       |  |                    |
| Besteht ein Anstellungsverhältnis? Ja Nein                                     |            | Arbeitskanton                         | Wird das voraussichtliche jährliche Erwerbseinkommen höher sein als dasjenige der antragstellenden Person? Ja Nein |                    |
| AHV-pflichtiges Mindest-Jahreseinkommen erreicht? Ja Nein                      |            |                                       |  |                    |
| Wenn ja: Name, Adresse und Telefon Nr. des Arbeitgebenden                      |            |                                       |  |                    |
| Besteht eine Erfassung als Selbstständige(r)? Ja Nein                          |            | Wenn ja: Bei welcher Ausgleichskasse? |  |                    |
|  |            |                                       |  |                    |
| Besteht eine Erfassung als Nicht-Erwerbstätige(r)? Ja Nein                     |            | Wenn ja: Bei welcher Ausgleichskasse? |  |                    |
|  |            |                                       |  |                    |

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

Falls Sie mehr als 5 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    |      |            |              |       |                        |        |  |    |    |    |    |    |                   |  |
| 2    |      |            |              |       |                        |        |  |    |    |    |    |    |                   |  |
| 3    |      |            |              |       |                        |        |  |    |    |    |    |    |                   |  |
| 4    |      |            |              |       |                        |        |  |    |    |    |    |    |                   |  |
| 5    |      |            |              |       |                        |        |  |    |    |    |    |    |                   |  |

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

\*\*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 | Beginn | Ende | Ausbildung |                   |  | Jahres-Einkommen | Wohnsitzadresse |
|------|--------|------|------------|-------------------|--|------------------|-----------------|
|      |        |      | Art        | Ausbildungsstelle |  |                  |                 |
| 1    |        |      |            |                   |  |                  |                 |
| 2    |        |      |            |                   |  |                  |                 |
| 3    |        |      |            |                   |  |                  |                 |
| 4    |        |      |            |                   |  |                  |                 |
| 5    |        |      |            |                   |  |                  |                 |

#### 5 Folgende Dokumente sind der Anmeldung in Kopie beizulegen

|   |   |
|---|---|
| Wohnsitz im Ausland   | Familienbüchlein/Familienausweis (Eltern und Kinder) oder Eheschein und<br>Geburtsscheine der Kinder<br>Aktuelle Bestätigung des zuständigen Amtes für Kindergeld im Wohnstaat der Kinder |
| Nicht eheliche Kinder:  | Vereinbarung über die gemeinsame Sorge (sofern vorhanden)   |
| Geschiedene oder getrennte Personen:  | Auszug aus dem Trennungs-/Scheidungsurteils mit Obhuts- und Sorgerechtsregelung   |
| Für Kinder über 16 Jahre:   | Aktuelle Ausbildungsbestätigung / Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit   |
| Die Ausgleichskasse behält sich vor, weitere Unterlagen einzuverlangen.<br>Von Dokumenten, welche nicht in einer Schweizer Landessprache oder in englisch verfasst sind, ist eine beglaubigte Übersetzung einzureichen. |   |

#### 6 Wichtige Hinweise / Bestätigung der Anmeldung

##### Wichtige Hinweise

- Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden.
- Die Auszahlung von Zulagen vor Erhalt des Entscheides 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,
- wissen, das sie 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

\* Abkürzungen: IV = Invalidenversicherung, ALV = Arbeitslosenversicherung, UVG = Unfalltaggeldversicherung, KTG = Krankentaggeldversicherung, MSE = Mutterschaftsversicherung, ML = Monatslohn, SL = Stundenlohn