



Anmeldung Familienzulagen für:

- Arbeitnehmende
 Selbständige
 Interkantonale Differenzzulage
 Geburtszulage

Besuchen Sie unsere Webseite für weitere Informationen:
www.ahvpkmetzger.ch/familienausgleichskasse



1 Antragsteller(in) (arbeitnehmend und/oder selbständig)

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
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, 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?			
Für selbständig Erwerbende: Haben Sie einen Nebenerwerb als Arbeitnehmer/in? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Für Arbeitnehmende: Haben Sie mehrere Arbeitgeber? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Bei welchem Arbeitgeber erzielen Sie das höchste Einkommen?			Sind Sie gleichzeitig selbständig erwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Bei welcher Ausgleichskasse?		

2 Anderer Elternteil

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
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, 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: Name, Adresse und Telefon Nr. des Arbeitgebers					Arbeitskanton
Wer erzielt voraussichtlich das höhere Einkommen? <input type="checkbox"/> Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> Anderer Elternteil			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?		

3 Kinder

1. Kind

Name		Vorname		Versicherten-Nr.(AHV-Nr.)
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Beziehung der antragstellenden Person zum Kind <input type="checkbox"/> Eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Andere:		
Ist das Kind älter als 16 Jahre und erwerbsunfähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Arztzeugnis oder IV-Verfügung beilegen				
Für Kinder ab 16 Jahren				
Art der Ausbildung		Ausbildungsstelle/Ort		Einkommen des Kindes* höher als CHF 2'520.- pro Monat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei wem wohnt das Kind? <input type="checkbox"/> Gemeinsamer Haushalt <input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Anderer Elternteil <input type="checkbox"/> Andere:				

Bitte eine aktuelle Ausbildungsbestätigung mit genauen Beginn- und Enddaten beilegen.

* inkl. Taggelder (Kranken-/Unfall-, EO, ALV, IV)

2. Kind

Name		Vorname		Versicherten-Nr.(AHV-Nr.)
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Beziehung der antragstellenden Person zum Kind <input type="checkbox"/> Eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Andere:		
Ist das Kind älter als 16 Jahre und erwerbsunfähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Arztzeugnis oder IV-Verfügung beilegen				
Für Kinder ab 16 Jahren				
Art der Ausbildung		Ausbildungsstelle/Ort		Einkommen des Kindes* höher als CHF 2'520.- pro Monat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei wem wohnt das Kind? <input type="checkbox"/> Gemeinsamer Haushalt <input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Anderer Elternteil <input type="checkbox"/> Andere:				

Bitte eine aktuelle Ausbildungsbestätigung mit genauen Beginn- und Enddaten beilegen.

* inkl. Taggelder (Kranken-/Unfall-, EO, ALV, IV)

3. Kind

Name		Vorname		Versicherten-Nr.(AHV-Nr.)
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Beziehung der antragstellenden Person zum Kind <input type="checkbox"/> Eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Andere:		
Ist das Kind älter als 16 Jahre und erwerbsunfähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Arztzeugnis oder IV-Verfügung beilegen				
Für Kinder ab 16 Jahren				
Art der Ausbildung		Ausbildungsstelle/Ort		Einkommen des Kindes* höher als CHF 2'520.- pro Monat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei wem wohnt das Kind? <input type="checkbox"/> Gemeinsamer Haushalt <input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Anderer Elternteil <input type="checkbox"/> Andere:				

Bitte eine aktuelle Ausbildungsbestätigung mit genauen Beginn- und Enddaten beilegen.

* inkl. Taggelder (Kranken-/Unfall-, EO, ALV, IV)

Wenn Sie das Gesuch für mehr als drei Kinder einreichen möchten, drucken Sie diese Seite bitte mehrmals aus.

4 Wichtige Hinweise / Bestätigung der Anmeldung

Die unterzeichnenden Personen bestätigen, dass sie

- 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 Arbeitgeber, bzw. der Ausgleichskasse mitzuteilen.

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.

Datum, Unterschrift
Antragssteller(in)

5 Folgende Dokumente sind der Anmeldung beizulegen

Alle	• Bestätigung über allfällige Leistungen anderer Sozialversicherungen (ALV, IV, KTG, etc.)
Versicherte mit CH-Pass	• Kopie des Familienbüchleins (Eltern und Geburten) oder Geburtsscheine der Kinder und Eheschein
Versicherte ohne CH-Pass	• Eltern: Aufenthaltsbewilligung und Eheschein (oder ähnlich) • Kinder: Aufenthaltsbewilligung/Niederlassungsbewilligung und Geburtsschein <i>Dokumente, welche nicht in einer Schweizer Landessprache verfasst sind, müssen übersetzt werden!</i>
Ledige Personen	• Geburtsschein der Kinder, Vaterschaftsanerkennung, Unterhaltsvertrag • Erklärung über die gemeinsame elterliche Sorge vor/nach der Geburt
Geschiedene oder getrennte Personen	• Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Obhutsrecht
Für Kinder über 16 Jahre	• Ausbildungsbestätigung / Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit

6 Arbeitgeber

Name		Abrechnungsnummer
Arbeitsverhältnis seit / bis	Arbeitskanton	Voraussichtl. Jahreslohn der antragstellenden Person mindestens CHF 7'560.00? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeitet die antragstellende Person <u>ganztätig</u> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nein: wie?		
Adresse: Strasse / Nr.	PLZ / Ort	Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Datum, Stempel, Unterschrift
Arbeitgeber

Besuchen Sie unsere Webseite für weitere Informationen:



www.ahvpkmetzger.ch/familienausgleichskasse