

ANMELDUNG ZUM BEZUG VON FAMILIENZULAGEN FÜR ARBEITNEHMENDE

(Dieser Anmeldung ist das Familienbüchlein, Geburtsschein oder ähnliche Ausweise in Fotokopie, zu **Handen der AHV-Zweigstelle**, beizulegen.)

Personalien, Beruf und Arbeitgeber des Antragstellers oder der Antragstellerin:

Vers.-Nr.: _____

1. Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
2. Zivilstand: _____ seit: _____
3. PLZ, Wohnort: _____ Nationalität: _____
4. Adresse: _____ Heimatort: _____
Tel.-Nr.: _____
5. Hauptberuf: _____ Nebenberuf: _____
Arbeitgeber: _____ Arbeitgeber: _____

6. Fragen an Ehepartner/in, welche Familienzulagen verlangen:

- a) Name, Vorname des Ehepartners: _____ Geburtsdatum: _____
- b) Arbeitgeber des Ehepartners: _____

7. Fragen an Ausländer:

Halten sich Ihre Kinder mit behördlicher Bewilligung in der Schweiz auf?: _____ Wenn ja, seit wann?: _____

Wenn nicht, ist folgende **amtliche Bestätigung** der zuständigen Instanz im Ausland beizubringen:

- Italien: Certificato di stato di famiglia
- Frankreich: Fiche d'état civil
- Ex-Jugoslawien: Potvrda o porodičnom stanju
- Deutschland: Haushaltsbescheinigung
- Spanien: Libro de la familia
- Österreich: Familienstandsbescheinigung
- Türkei: Vukatli Nüfus Kayit Örneği
- Übrige Nationen: ähnliche Ausweise

8. Kinder, für welche Zulagen beantragt werden: (leibliche Kinder, Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:
Tag, Monat, Jahr

- | Name, Vorname | Geburtsdatum | Leben die aufgeführten Kinder im eigenen Haushalt?: _____
- wenn nicht, Name und Adresse der Familie oder Anstalt angeben, in der das Kind lebt: |
|---------------|--------------|---|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ |

Für in Ausbildung befindliche Kinder nach vollendetem 16. Altersjahr ist eine Schulbesuchsbestätigung, ein Lehrvertrag oder ein Studienausweis beizulegen, und für erwerbsunfähige Kinder zwischen dem 16. und 20. Altersjahr ein Arztzeugnis.

9. Beziehen Sie, Ihr Ehegatte oder eine andere Person für eines der genannten Kinder bereits eine Zulage?: _____

Wenn ja, von wem?: _____ wieviel Fr.?: _____

Fragen betreffend Kinder nicht verheirateter Eltern, Kinder aus getrennter oder geschiedener Ehe, Stief- und Pflegekinder:

Von den unter Ziffer 8 genannten Kindern sind:

10. a) **Kinder nicht verheirateter Eltern** (Name, Vorname): _____

b) **Kinder getrennter oder geschiedener Eltern** (Name, Vorname): _____

c) **Stiefkinder** (Name, Vorname): _____

d) **Pflegekinder** (Name, Vorname): _____

11. **Leiblicher Vater** (Name, Adresse): _____

Arbeitgeber des Vaters (Firma, Adresse): _____

12. **Leibliche Mutter** (Name, Adresse): _____

Arbeitgeber der Mutter (Firma, Adresse): _____

13. **Vormund oder Beistand** (Name, Adresse, Tel.-Nr.): _____

Der Anmeldung sind beizulegen:

- wenn das Kind nicht im eigenen Haushalt lebt: **Gerichtssentscheid betreffend Unterhaltsverpflichtung,**
- von ledigen männlichen Antragstellern: **Vaterschaftsanerkennung oder Unterhaltsverpflichtung,**
- für Pflegekinder: **Bewilligung der Pflegekinderaufsicht.**

14. Verpflichtung und Unterschrift des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass er/sie das Meldeformular wahrheitsgetreu ausgefüllt hat. Er/Sie nimmt davon Kenntnis,

- a) dass er/sie die Zulagen nur von einer Stelle beziehen darf und diese jedem Kind nur einmal zustehen;
- b) dass er/sie sich für unwahre Angaben und das Verschweigen von Tatsachen, die zu ungerechtfertigten Auszahlungen führen könnten, strafbar macht;
- c) dass er/sie zu Unrecht bezogene Beträge zurückzuerstatten hat.

Er/Sie verpflichtet sich, alle Änderungen seiner gegenwärtigen Verhältnisse sofort der Familienausgleichskasse mitzuteilen.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Fragebogen nach der Unterzeichnung dem Arbeitgeber abgeben

15. Angaben des Arbeitgebers:

Abr.-Nr.:

Der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin wird beschäftigt seit (Tag, Monat, Jahr): _____

Monats-Lohn: Fr.: _____ oder Jahreslohn Fr.: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

16. Bestätigung der AHV-Gemeindezweigstelle

Datum: _____ Unterschrift: _____