

1. Antragsteller/in

Name		Vorname		Geburtsdatum	
AHV-Nr. (neue 13-stellige Nr.)		Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Nationalität	
				Asylbewerber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> im Konkubinat <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft					
Adresse: Strasse / Nr.			PLZ / Ort		Land
Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.)				Ab wann beantragen Sie die Zulage? (Datum)	
Welche Zulagen werden mit dieser Anmeldung beantragt? <input type="checkbox"/> Kinder- und Ausbildungszulagen <input type="checkbox"/> Geburtszulagen				Wohnsitz der Mutter des Kindes in der Schweiz? <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein	

1.1 Fragen zum/r Antragsteller/in

Sind Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, seit wann? (Datum)
Sind Sie selbständigerwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, in welchem Kanton rechnen Sie die AHV-Beiträge ab?	Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen?
Befinden Sie sich im Mutterschaftsurlaub? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann? (Datum)	voraussichtlich bis? (Datum)
Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Krankheit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, seit wann? (Datum)
Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, seit wann? (Datum)
Sind Sie dauernd erwerbsunfähig infolge Invalidität? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann? (Datum)	zu wie viel Prozent?

1.2 Angaben zum Arbeitgeber

Name			
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort	Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.)
Beschäftigt seit / bis	Stellenprozent	Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb	Voraussichtliches AHV-pflichtiges Jahreseinkommen

Bitte ausfüllen, sofern weitere Arbeitgeber vorhanden sind

Name			
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort	Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.)
Beschäftigt seit	Stellenprozent	Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb	Voraussichtliches AHV-pflichtiges Jahreseinkommen



2. Ehe- oder Lebenspartner/in

Falls der andere Elternteil nicht identisch mit dem aktuellen Partner ist, füllen Sie bitte zusätzlich Ziffer 3 aus.

Name		Vorname		Geburtsdatum	
AHV-Nr. (13-stellige Nr.)		Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Nationalität	
				Asylbewerber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> im Konkubinat <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft					
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		Land	
Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.)					
Leiblicher Vater / Mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Stiefvater / -mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Pflegevater / -mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (sofern Sie vorwiegend für den Unterhalt der Kinder aufkommen)	
Sind Sie leibliche/r Vater/Mutter oder Stiefvater/-mutter oder Pflegevater/-mutter aller Kinder in Ziffer 4? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nein, gilt nur für die Kinder der Zeilen..... bisin Ziffer 4					

2.1 Fragen zum/r Ehe- oder Lebenspartner/in

Sind Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, seit wann? (Datum)
Sind Sie selbständigerwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, in welchem Kanton rechnen Sie die AHV-Beiträge ab?	Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer
Befinden Sie sich im Mutterschaftsurlaub? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann? (Datum)	voraussichtlich bis? (Datum)
Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Krankheit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, seit wann? (Datum)
Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, seit wann? (Datum)
Sind Sie dauernd erwerbsunfähig infolge Invalidität? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann? (Datum)	zu wie viel Prozent?

2.2 Angaben zum Arbeitgeber

Name			
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
		Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.)	
Beschäftigt seit / bis	Stellenprozent	Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb	Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer

Bitte ausfüllen, sofern weitere Arbeitgeber vorhanden sind

Name			
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
		Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.)	
Beschäftigt seit	Stellenprozent	Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb	Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer



3. Geschiedener oder getrennter Elternteil

Name		Vorname		Geburtsdatum	
AHV-Nr. (13-stellige Nr.)		Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Nationalität		Asylbewerber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> im Konkubinat <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft					
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		Land	
Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.)					
Leiblicher Vater / Mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Stiefvater / -mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Pflegevater / -mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (sofern Sie vorwiegend für den Unterhalt der Kinder aufkommen)	
Sind Sie leibliche/r Vater/Mutter oder Stiefvater/-mutter oder Pflegevater/-mutter aller Kinder in Ziffer 4? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nein, gilt nur für die Kinder der Zeilen..... bisin Ziffer 4					

3.1 Fragen zum geschiedenen oder getrennten Elternteil

Sind Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, seit wann? (Datum)
Sind Sie selbständigerwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, in welchem Kanton rechnen Sie die AHV-Beiträge ab?	Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ex-Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer
Befinden Sie sich im Mutterschaftsurlaub? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann? (Datum)	voraussichtlich bis? (Datum)
Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Krankheit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, seit wann? (Datum)
Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, seit wann? (Datum)
Sind Sie dauernd erwerbsunfähig infolge Invalidität? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann? (Datum)	zu wie viel Prozent?

3.2 Angaben zum Arbeitgeber

Name			
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort	Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.)
Beschäftigt seit	Stellenprozent	Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb	Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ex-Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer

Bitte ausfüllen, sofern weitere Arbeitgeber vorhanden sind

Name			
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort	Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.)
Beschäftigt seit	Stellenprozent	Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb	Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ex-Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer



4. Kinder

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*	
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<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 = Adoptiv-Kind, S = Stiefkind, P = Pflegekind

**Nein = Falls das Kind nicht im Haushalt des Antragstellers lebt, ergänzen Sie bitte die Adresse in der untenstehenden Tabelle

Zusätzliche Angaben für Kinder in Ausbildung

Kind	Ausbildungsart					Jahreseinkommen	Wohnsitzadresse des Kindes (Strasse / Nr., PLZ / Ort, Land)
	S ^f	St ^f	L ^f	P ^f	E ^f		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

◆ S = Schüler, St = Student, L = Lehrling, P = Praktikant, E = Erwerbsunfähig

5. Wichtige Hinweise / Bestätigung der Angaben

Wichtige Hinweise

- Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden (siehe Beiblatt).
- Die Auszahlung von Kinderzulagen vor Erhalt eines entsprechenden Zulagenentscheides erfolgt auf Risiko des Arbeitgebers.

Der/die Antragsteller/in bestätigt, dass er/sie

- das Gesuch wahrheitsgetreu ausgefüllt hat,
- davon Kenntnis genommen hat, dass pro Kind nur eine volle Zulage bezogen werden darf,
- sich durch unwahre Angaben und Verschweigen von Tatsachen strafbar machen kann,
- zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstatten muss,
- sich verpflichtet, umgehend alle Änderungen der Familienverhältnisse, die den Zulagenanspruch beeinflussen können, dem Arbeitgebenden, bzw. der Ausgleichskasse mitzuteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/in

Der Arbeitgeber bestätigt, dass das Gesuch wahrheitsgetreu ausgefüllt worden ist.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

