

Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anspruchsberechtigte/r

Name und Vorname \_\_\_\_\_

AHV-Nr. (13-stellig)    .     .     .

Austrittsdatum des Bezügers   .   .

Eintritt Arbeitsverhinderung   .   .

↳ infolge  Krankheit  Unfall  Mutterschaft  Tod

Änderung Zivilstand  Heirat  Trennung  Scheidung  Verwitmung

↳ seit   .   .     (Beilage von Dokumenten zwingend)

Erwerbstätigkeit Ehegatte  Arbeitsaufnahme  Arbeitsauflösung  Arbeitslosigkeit (RAV)

↳ seit   .   .

Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kind/er

Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr. (13-stellig)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Begründung (z.B. Unterbruch oder Abbruch Ausbildung, Lehrstellenwechsel, Todesfall, usw.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Der Arbeitgeber ist verpflichtet, der Familienausgleichskasse Tatsachen die eine Veränderung des Anspruchs zur Folge haben (z. B. Austritt des Bezügers, Arbeitsaufnahme des Ehegatten, Trennung, Scheidung, Heirat, Wiederverheiratung, Tod, Tod eines Kindes, vorzeitige Beendigung der Ausbildung eines Kindes, Krankheit oder Unfall des Bezügers, usw.) mit diesem Mutationsformular umgehend zu melden.**

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel Arbeitgeber \_\_\_\_\_

