

## Anmeldung für Familienzulagen

### Antragstellende Person

Ich bin:  Arbeitnehmer/in  Selbstständigerwerbend  Nichterwerbstätig

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Mann  Frau

Zivilstand:  Ledig  Verheiratet  Getrennt  Geschieden  Verwitwet

Eingetragene Partnerschaft  Aufgelöste Partnerschaft Seit (Datum): \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Asylbewerber:  Ja  Nein

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail): \_\_\_\_\_

Ab wann beantragen Sie die Zulage (Datum): \_\_\_\_\_

Beziehen Sie eine Leistung der IV, ALV, UVG, KTG, MSE\*?  Nein  Ja, ich beziehe die Leistung von: \_\_\_\_\_

\* IV=Invalidenversicherung, ALV=Arbeitslosenversicherung, UVG=Unfallversicherung, KTG=Krankentaggeldversicherung, MSE=Mutterschaftsentschädigung

### Arbeitgeber/in

Abrechnungsnummer:

Name Betrieb: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beschäftigt(e) die antragstellende Person von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Arbeitspensum der antragstellenden Person in %: \_\_\_\_\_ Arbeitsort (Kanton): \_\_\_\_\_

Wird das voraussichtliche jährliche Erwerbseinkommen der antragstellenden Person höher sein als CHF 6'960.-?

Ja  Nein

Weitere Arbeitgebende (Name, Adresse, erreichbar unter [Telefon, E-Mail], Kontaktperson): \_\_\_\_\_

Bei welchem Arbeitgebenden wird voraussichtlich das höhere jährliche Erwerbseinkommen erzielt? \_\_\_\_\_



## Anderer Elternteil

Falls der andere Elternteil nicht identisch mit dem aktuellen Partner ist, füllen Sie bitte zusätzlich den Punkt «Partner» aus.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Mann  Frau

Zivilstand:  Ledig  Verheiratet  Getrennt  Geschieden  Verwitwet

Eingetragene Partnerschaft  Aufgelöste Partnerschaft Seit (Datum): \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Asylbewerber: \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Besteht ein Anstellungsverhältnis?  Nein  Ja. Name, Adresse und Telefon Arbeitgeber/in: \_\_\_\_\_

Arbeitsort (Kanton): \_\_\_\_\_

Arbeitspensum in %: \_\_\_\_\_

Wird das voraussichtliche jährliche Erwerbseinkommen höher sein als das der antragstellenden Person?  Ja  Nein

Wird das voraussichtliche jährliche Erwerbseinkommen höher sein als CHF 6'960.-?  Ja  Nein

Ist der andere Elternteil als selbstständigerwerbend (SE) oder nichterwerbstätig (NE) bei einer Ausgleichskasse angemeldet?

Nein  Ja, als  SE  NE Zuständige Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

Bezieht der andere Elternteil eine Leistung der IV, ALV, UVG, KTG, MSE\*?  Nein  Ja, er/sie bezieht die Leistung von: \_\_\_\_\_

## Partner

Bitte nur ausfüllen, wenn die unter Punkt «Anderer Elternteil» eingetragene Person nicht der aktuelle Partner ist.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Mann  Frau

Zivilstand:  Ledig  Verheiratet  Getrennt  Geschieden  Verwitwet

Eingetragene Partnerschaft  Aufgelöste Partnerschaft Seit (Datum): \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Asylbewerber: \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Besteht ein Anstellungsverhältnis?  Nein  Ja. Name, Adresse und Telefon Arbeitgeber/in: \_\_\_\_\_



Arbeitsort (Kanton): \_\_\_\_\_ Arbeitspensum in %: \_\_\_\_\_

Wird das voraussichtliche jährliche Erwerbseinkommen höher sein als das der antragstellenden Person?  Ja  Nein

Wird das voraussichtliche jährliche Erwerbseinkommen höher sein als CHF 6'960.-?  Ja  Nein

Ist der Partner als selbstständigerwerbend (SE) oder nichterwerbstätig (NE) bei einer Ausgleichskasse angemeldet?

Nein  Ja, als  SE  NE Zuständige Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

Bezieht der Partner eine Leistung der IV, ALV, UVG, KTG, MSE\*?  Nein  Ja, er/sie bezieht die Leistung von: \_\_\_\_\_

## Kind(er) bis maximal 25 Jahre

Falls Sie mehr als 5 Kinder anmelden möchten, füllen Sie bitte ein weiteres Formular aus.

### Allgemeine Angaben

Kind	Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	Geschlecht		Lebt in Ihrem Haushalt		Beziehung der antragstellenden Person zum Kind						Erwerbsunfähig Ja		
				M	W	Ja	Nein**	L*	A*	S*	P*	G*	E*			
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* L = leibliches Kind, A = Adoptivkind, S = Stiefkind, P = Pflegekind, G = Geschwister, E = Enkel

\*\* Nein = falls das Kind nicht im Haushalt der antragstellenden Person lebt, ergänzen Sie bitte die Adresse in der nachfolgenden Tabelle

Zusätzliche Angaben für Kinder in Ausbildung und/oder falls Kinder nicht im eigenen Haushalt leben:

Kind	Ausbildung				Jahres-einkommen	Wohnsitzadresse des Kindes (Strasse, Nummer, PLZ, Ort, Land)
	Beginn	Ende	Art	Ausbildungs-stelle		
1						
2						
3						
4						
5						



## Weitere Angaben

Bezieht oder bezog eine andere Person für eines der gemeldeten Kinder eine Zulage?

Nein  Ja

Name, Vorname Bezüger/in:

Zuständige Ausgleichskasse:

Bis wann (Datum):

## Bitte legen Sie dieser Anmeldung folgende Dokumente bei

- Schweizer: Eheschein, Kopie des Familienbüchleins (Eltern und Kinder) oder Geburtsschein der Kinder
- Ausländer (Eltern): Ausländerausweis und Eheschein
- Ausländer (Kinder): Ausländerausweis und Geburtsschein
- Für im Ausland wohnende Kinder: aktuelle Bestätigung des zuständigen Amtes für Kindergeld im Wohnstaat der Kinder (Formular E-411)
- Ledige Personen: Geburtsschein der Kinder, Vaterschaftsanerkennung, Unterhaltsvertrag
- Geschiedene oder getrennte Personen: Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Obhutrecht
- Für Kinder über 16 Jahre: aktuelle Ausbildungsbestätigung oder ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit
- Bei Bezug einer anderen Leistung: Bestätigung des Leistungserbringers (IV, ALV, UVG, KTG, MSE)

Dokumente, welche nicht in einer Schweizer Landessprache verfasst sind, müssen von einem anerkannten Übersetzer übersetzt werden.

## Wichtige Hinweise/Bestätigung der Anmeldung

- Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden.
- Die Auszahlung von Familienzulagen vor Erhalt eines entsprechenden Zulagenentscheids erfolgt auf Risiko des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeberin.

## Die antragstellende Person bestätigt, dass sie

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

Bemerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in

Bitte unterzeichnen und einsenden.

Institution GastroSuisse

**GastroSocial**  
Ausgleichskasse  
Caisse de compensation  
Cassa di compensazione

Heinerich Wirri-Strasse 3  
Postfach  
5001 Aarau

T 062 837 71 71  
F 062 837 72 97  
info@gastrosocial.ch  
www.gastrosocial.ch

