

# Anmeldung von Selbständigerwerbenden zum Bezug von Familienzulagen

Für das gleiche Kind darf nur eine einzige Zulage bezogen werden. Unter [www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) (> Leistungen > Familienzulagen > Erstanspruch) kann ermittelt werden, wer den Anspruch auf Familienzulagen geltend machen muss. Es besteht kein Wahlrecht. Zu Unrecht oder bei einer unzuständigen Kasse bezogene Zulagen müssen zurückerstattet werden.

## 1 Antragsteller/in

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Staatsangehörigkeit	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Zulagen werden beantragt ab (Datum)?		seit (Datum)	
Wohnkanton		Arbeitskanton		Abrechnungsnummer	
Telefonnummer		Mailadresse			
Beträgt das AHV-pflichtige Jahreseinkommen mindestens 7050 (bis 2018) bzw. 7110 Franken (ab 2019)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

## 2 Zusätzliche unselbständige Erwerbstätigkeit

Wird zusätzlich eine unselbständige Erwerbstätigkeit (oder mehrere) ausgeübt, mit der/mit denen ein Lohn von insgesamt mindestens 7050/7110 Franken pro Jahr erzielt wird?  ja  nein  
(Unselbständig ist zum Beispiel die Tätigkeit als Schul[zahn]arzt, Lehrperson oder Verwaltungsrat.)

Falls ja: Name und Kontaktadresse des Arbeitgebers oder der Arbeitgeber und der dort jeweils erzielte Jahreslohn:

## 3 Anderer Elternteil

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Staatsangehörigkeit	
Zivilstand		seit		Zivilstand	
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		erreichbar unter (Telefon, E-Mail)	
AHV-rechtlicher Status des anderen Elternteils? <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in = * <u>nachstehend Name und Kontaktadresse des Arbeitgebers sowie Arbeitskanton angeben</u> <input type="checkbox"/> Selbständigerwerbende/r = * <u>nachstehend Ausgleichskasse angeben, bei welcher der andere Elternteil erfasst ist</u> <input type="checkbox"/> Nichterwerbstätige/r = * <u>nachstehend Ausgleichskasse angeben, bei welcher der andere Elternteil erfasst ist</u> <input type="checkbox"/> Arbeitslose/r = * <u>nachstehend Ausgleichskasse angeben, bei welcher der andere Elternteil erfasst ist</u> *					
Ist der andere Elternteil <u>Arbeitnehmer</u> : Erzielt er ein jährliches Einkommen von mindestens 7050/7110 Franken? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ist der andere Elternteil <u>selbständigerwerbend</u> : – Erzielt er das höhere Einkommen als der Antragsteller? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein – Falls nein: Erzielt er ein jährliches Einkommen von mindestens 7050/7110 Franken? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

**4 Aktueller Ehegatte, sofern dieser nicht mit dem anderen Elternteil identisch ist<sup>A</sup>**

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Staatsangehörigkeit	
				Zivilstand	
				seit	
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		erreichbar unter (Telefon, E-Mail)	
AHV-rechtlicher Status des aktuellen Ehegatten? (Status sowie Adresse des Arbeitgebers bzw. der Ausgleichskasse)					

<sup>A</sup> Leben die Kinder nicht beim Antragsteller, sind die Angaben zum aktuellen Ehegatten des anderen Elternteils zu machen.

**5 Alle Kinder bis maximal 25 Jahre, für welche Zulagen beantragt werden**

Falls Sie mehr als sechs Kinder anmelden möchten, füllen Sie bitte Ziffer 5 eines weiteren Anmeldeformulars aus.

**a) Allgemeine Angaben**

Kind	Name	Vorname	Geburtsdatum <sup>A</sup>	m/w <sup>B</sup>	lebt in Ihrem Haushalt? <sup>C</sup>		Beziehung des Kindes zur antragstellenden Person? <sup>D</sup>						erwerbsunfähig? <sup>E</sup>	
					ja	nein	L	A	S	P	G	E	ja	
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
6					<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"/>

<sup>A</sup> Falls das Kind das 16. Altersjahr vollendet hat, ergänzen Sie bitte die Angaben in der untenstehenden Tabelle **c**).

<sup>B</sup> m = männlich, w = weiblich

<sup>C</sup> nein = Das Kind lebt nicht im Haushalt des Antragstellers; bitte ergänzen Sie die Adresse in der untenstehenden Tabelle **d**).

<sup>D</sup> L = Leibliches Kind, A = Adoptivkind, S = Stiefkind, P = Pflegekind, G = Geschwister, E = Enkel.

<sup>E</sup> Ankreuzen, falls das Kind älter als 16 Jahre alt und erwerbsunfähig ist (Arztzeugnis beilegen).

**b) Elterliche Sorge**

Wem steht die elterliche Sorge über die Kinder zu?  gemeinsame Sorge  Mutter  Vater  
Bemerkungen zu Sonderfällen:

**c) Zusätzliche Angaben für Kinder über 16 Jahre in Ausbildung**

	Ausbildungsart	Ausbildungsstelle	Beginn	Ende	Einkommen <sup>A</sup>
1					
2					
3					
4					
5					
6					

<sup>A</sup> Durchschnittliches monatliches Einkommen aus Erwerbstätigkeit.

**d) Zusätzliche Angaben für Kinder, die nicht in Ihrem Haushalt leben**

	Wohnadresse des Kindes (Strasse, PLZ/Ort, Land)
1	
2	
3	
4	
5	
6	

## 6 Zusatzfragen bei Antragstellerinnen im Mutterschaftsurlaub

Nach dem Ende des Mutterschaftsurlaub wird

keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen: Austrittsdatum: \_\_\_\_\_

die Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen: Datum \_\_\_\_\_ Einkommen (Fr.) \_\_\_\_\_  ×12  ×13

Wird vor der Wiederaufnahme ein unbezahlter Urlaub bezogen? Wenn ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

*Hinweis:* Wenn nach dem Ende der Mutterschaftsentschädigung der andere Elternteil das höhere Einkommen erzielt, so muss dies der Familienausgleichskasse gemeldet werden.

## 7 Antrag auf Differenzzahlung

Bezieht oder bezog eine andere Person für eines der unter Ziffer 5 genannten Kinder eine Zulage, so dass nur die Differenzzahlung zur allfällig höheren Zulage beantragt wird?

nein

ja (bitte Bestätigung der für den Erstantrag zuständigen Familienausgleichskasse beilegen)

## 8 Bemerkungen

## 9 Der Anmeldung beizulegende Dokumente

Falls das Dokument der *medisuisse* nicht bereits einmal eingereicht worden ist und seither keine Änderungen eingetreten sind.

Schweizer:	Kopie des Familienbüchleins (Eltern und Geburten) <u>oder</u> Kopien des Ehescheins und der Geburtsscheine der Kinder
Ausländer:	Eltern: Ausländerausweis, Eheschein (übersetzt) Kinder: Ausländerausweis, Geburtsscheine (übersetzt)
Ledige Personen:	EU/EFTA-Staatsangehörige: Bestätigung des zuständigen Amtes für Kindergeld im Wohnstaat der Kinder (E411)
Geschiedene oder getrennte Personen:	Geburtsschein der Kinder, Vaterschaftsanerkennung, Unterhaltsvertrag, Vereinbarung über die gemeinsame elterliche Sorge
Für Kinder über 16 Jahre:	Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend elterliche Sorge bzw. Obhutsrecht
Alle:	Aktuelle Ausbildungsbestätigung; bei Erwerbsunfähigkeit Arztzeugnis Bestätigung eines allfälligen alternativen Leistungserbringers (gemäss Ziffer 7)

## 10 Bestätigung und Unterschrift

Die unterzeichnende Person bestätigt, dass sie

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

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

### Hinweis:

Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden.