

Anmeldung von Selbständigerwerbenden zum Bezug von Familienzulagen

Für das gleiche Kind darf nur eine einzige Zulage bezogen werden. Unter 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	
				Zulagen werden beantragt ab (Datum)?	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet				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	
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^A

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)					

^A 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 ^A	m/w ^B	lebt in Ihrem Haushalt? ^C		Beziehung des Kindes zur antragstellenden Person? ^D						erwerbsunfähig? ^E	
					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"/>

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

^B m = männlich, w = weiblich

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

^D L = Leibliches Kind, A = Adoptivkind, S = Stiefkind, P = Pflegekind, G = Geschwister, E = Enkel.

^E 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 ^A
1					
2					
3					
4					
5					
6					

^A 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.