

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     Verwitwung

↳ 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.) mit Datum:

\_\_\_\_\_

**Der Arbeitgeber ist verpflichtet, der Familienausgleichskasse Tatsachen die eine Veränderung des Anspruchs zur Folge haben (z. B. Austritt des Bezügers, 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

