

Anmeldung Familienzulagen

1. Antragsteller/in

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Name | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| AHV-Nr. (13-stellige Nr.) | | Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau | | Nationalität | |
| Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> im Konkubinat <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | | Asylbewerber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| Adresse: Strasse / Nr. | | PLZ / Ort | | Land | |
| Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.) | | | | Ab wann beantragen Sie die Zulage? (Datum) | |
| Welche Zulagen werden mit dieser Anmeldung beantragt? <input type="checkbox"/> Geburtszulagen <input type="checkbox"/> Kinder- und Ausbildungszulagen <input type="checkbox"/> Interkantonale Differenzzulage | | | | Wohnsitz der Mutter des Kindes in der Schweiz? <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein | |

1.1 Fragen zum/r Antragsteller/in

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Sind Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, seit wann? (Datum) |
| Sind Sie selbständigerwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, in welchem Kanton rechnen Sie die AHV-Beiträge ab? | Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen? |
| Befinden Sie sich im Mutterschaftsurlaub? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, seit wann? (Datum) | voraussichtlich bis? (Datum) |
| Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Krankheit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, seit wann? (Datum) |
| Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, seit wann? (Datum) |
| Sind Sie dauernd erwerbsunfähig infolge Invalidität? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, seit wann? (Datum) | zu wie viel Prozent? |

1.2 Angaben zum Arbeitgeber

| | | | |
|------------------------|----------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Name | | | |
| Adresse: Strasse / Nr. | | PLZ / Ort | Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.) |
| Beschäftigt seit / bis | Stellenprozent | Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb | Voraussichtliches AHV-pflichtiges Jahreseinkommen |

Bitte ausfüllen, sofern weitere Arbeitgeber vorhanden sind

| | | | |
|------------------------|----------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Name | | | |
| Adresse: Strasse / Nr. | | PLZ / Ort | Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.) |
| Beschäftigt seit | Stellenprozent | Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb | Voraussichtliches AHV-pflichtiges Jahreseinkommen |



2. Ehe- oder Lebenspartner/in

Falls der andere Elternteil nicht identisch mit dem aktuellen Partner ist, füllen Sie bitte zusätzlich Ziffer 3 aus.

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Name | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| AHV-Nr. (13-stellige Nr.) | | Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau | | Nationalität | |
| Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> im Konkubinat <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | | | | | Asylbewerber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Adresse: Strasse / Nr. | | PLZ / Ort | | Land | |
| Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.) | | | | | |
| Leiblicher Vater / Mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Stiefvater / -mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Pflegevater / -mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (sofern Sie vorwiegend für den Unterhalt der Kinder aufkommen) | |
| Sind Sie leibliche/r Vater/Mutter oder Stiefvater/-mutter oder Pflegevater/-mutter aller Kinder in Ziffer 4? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | |
| Wenn nein, gilt nur für die Kinder der Zeilen..... bisin Ziffer 4 | | | | | |

2.1 Fragen zum/r Ehe- oder Lebenspartner/in

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Sind Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, wird das Mindesteinkommen von CHF 592.-- pro Monat bzw. CHF 7'110.-- pro Jahr erreicht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | |
| Sind Sie selbständigerwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, in welchem Kanton rechnen Sie die AHV-Beiträge ab? | | Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer | |
| Befinden Sie sich im Mutterschaftsurlaub? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | voraussichtlich bis? (Datum) | |
| Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Krankheit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | |
| Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | |
| Sind Sie dauernd erwerbsunfähig infolge Invalidität? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | zu wie viel Prozent? | |

2.2 Angaben zum Arbeitgeber

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--|----------------------------------------------|--|
| Name | | | | | |
| Adresse: Strasse / Nr. | | PLZ / Ort | | Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.) | |
| Beschäftigt seit / bis | | Stellenprozent | | Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb | |
| Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer | | | | | |

Bitte ausfüllen, sofern weitere Arbeitgeber vorhanden sind

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--|----------------------------------------------|--|
| Name | | | | | |
| Adresse: Strasse / Nr. | | PLZ / Ort | | Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.) | |
| Beschäftigt seit | | Stellenprozent | | Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb | |
| Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer | | | | | |



3. Geschiedener oder getrennter Elternteil

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Name | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| AHV-Nr. (13-stellige Nr.) | | Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau | | Nationalität | |
| Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> im Konkubinat <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | | | | | Asylbewerber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Adresse: Strasse / Nr. | | PLZ / Ort | | Land | |
| Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.) | | | | | |
| Leiblicher Vater / Mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Stiefvater / -mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Pflegevater / -mutter der Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (sofern Sie vorwiegend für den Unterhalt der Kinder aufkommen) | |
| Sind Sie leibliche/r Vater/Mutter oder Stiefvater/-mutter oder Pflegevater/-mutter aller Kinder in Ziffer 4? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nein, gilt nur für die Kinder der Zeilen..... bisin Ziffer 4 | | | | | |

3.1 Fragen zum geschiedenen oder getrennten Elternteil

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Sind Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, wird das Mindesteinkommen von CHF 592.-- pro Monat bzw. CHF 7'110.-- pro Jahr erreicht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | |
| Sind Sie selbständigerwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, in welchem Kanton rechnen Sie die AHV-Beiträge ab? | | Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ex-Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer | |
| Befinden Sie sich im Mutterschaftsurlaub? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | voraussichtlich bis? (Datum) | |
| Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Krankheit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | |
| Sind Sie momentan erwerbsunfähig infolge Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | |
| Sind Sie dauernd erwerbsunfähig infolge Invalidität? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, seit wann? (Datum) | | zu wie viel Prozent? | |

3.2 Angaben zum Arbeitgeber

| | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Name | | | | | |
| Adresse: Strasse / Nr. | | PLZ / Ort | | Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.) | |
| Beschäftigt seit | Stellenprozent | Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb | | Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ex-Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer | |

Bitte ausfüllen, sofern weitere Arbeitgeber vorhanden sind

| | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Name | | | | | |
| Adresse: Strasse / Nr. | | PLZ / Ort | | Erreichbar unter: (Telefon, E-Mail, etc.) | |
| Beschäftigt seit | Stellenprozent | Arbeitsort (Kanton) nur bei Filialbetrieb | | Jährliches AHV-pflichtiges Einkommen im Verhältnis zum/r Ex-Ehegatten/in <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> tiefer | |



4. Kinder

| Kind | Name | Vorname(n) | Geburtsdatum | m/w | Lebt in Ihrem Haushalt | | Beziehung der antragstellenden Person zum Kind | | | | Erwerbsunfähig Ja |
|------|------|------------|--------------|-----|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | Ja | Nein** | L* | A* | S* | P* | |
| 1 | | | | | <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"/> |
| 3 | | | | | <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"/> |
| 5 | | | | | <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 = Adoptiv-Kind, S = Stiefkind, P = Pflegekind

**Nein = Falls das Kind nicht im Haushalt des Antragstellers lebt, ergänzen Sie bitte die Adresse in der untenstehenden Tabelle

Zusätzliche Angaben für Kinder in Ausbildung

| Kind | Ausbildungsart | | | | | Jahreseinkommen | Wohnsitzadresse des Kindes (Strasse / Nr., PLZ / Ort, Land) |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|
| | S | St | L | P | E | | |
| 1 | <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"/> | | |
| 3 | <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"/> | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

◆ S = Schüler, St = Student, L = Lehrling, P = Praktikant, E = Erwerbsunfähig

5. Ergänzende Fragen

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| Wurden bisher bereits Kinderzulagen, für die in Ziff. 4 erwähnten Kinder bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Wenn ja, von wo wurden die Kinderzulagen bezogen? <input type="checkbox"/> Schweiz / Kanton: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ausland / Staat: <input type="text"/> | | |
| Wenn ja, von wem wurden die Kinderzulagen bezogen? (Name, Vorname, Geb.-Datum) | Seit wann? | Bis wann? |

gilt für alle Kinder in Ziff. 4 gilt nur für die Kinder der Zeilen bis in Ziff. 4



6. Folgende Dokumente sind der Anmeldung in Kopie beizulegen

| | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Für Kinder über 16 Jahre: | - Aktuelle Ausbildungsbestätigung sowie das Formular Ausbildungsbestätigung für Kinder nach der obligatorischen Schulzeit. Das Formular finden Sie unter www.fak-basel.ch - Ärztliches Zeugnis oder IV-Entscheid bei Erwerbsunfähigkeit |
| Generell alle: (Schweizer, Ausländer, Grenzgänger) | - Kopie des Familienbüchleins oder der amtliche Geburtsschein der Kinder |
| Ausländer mit Wohnsitz in der Schweiz: | - Alle ausländischen Staatsangehörigen (EU/EFTA), die in der Schweiz wohnhaft sind werden gebeten, die Ausländerausweise sämtlicher Familienmitglieder beizulegen. |
| Wohnsitz der Kinder im Ausland: | - Aktuelle Bestätigung oder das Formular E411 des zuständigen Amtes vom Wohnsitzstaat der Kinder, welche Auskunft über den Anspruch von Familienzulagen gibt. |
| Ledige Personen: | - Amtlicher Geburtsschein der Kinder - Vaterschaftsanerkennung - Sorgerechtsvereinbarung, falls vorhanden |
| Geschiedene oder getrennte Personen: | - Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend der Obhuts- und Sorgerechtsregelung (falls kein Urteil vorhanden ist, die Wohnsitzbescheinigung der Kinder). |

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

Bei Fragen steht Ihnen unser Team der Familienausgleichskasse Basler KMU gerne unter der Telefonnummer 061 227 50 71 oder per E-Mail unter info@fak-basel.ch zur Verfügung.

7. Wichtige Hinweise / Bestätigung der Angaben

Wichtige Hinweise

- Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden. In Spezialfällen kann die Familienausgleichskasse weitere Unterlagen verlangen.
- Die Auszahlung von Familienzulagen vor Erhalt eines entsprechenden Zulagenentscheides erfolgt auf Risiko des Arbeitgebers.

Der/die Antragsteller/in bestätigt, dass er/sie

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

Ort und Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/in

Der Arbeitgeber bestätigt, dass das Gesuch wahrheitsgetreu ausgefüllt worden ist.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

