Speichern | Drucken | Zurücksetzen

Ausgleichskasse Gewerbe St. Gallen

Lindenstrasse 137
Postfach 245
9016 St. Gallen

Telefon 071 282 29 29
Telefax 071 282 29 30

info@ahv-gewerbe.ch
www.ahv-gewerbe.ch

Anmeldung Familienzulagen

1. Antragsteller(in)

Name	Vorname	Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)

Geburtsdatum	Geschlecht	Staatszugehörigkeit
	❍ Mann ❍ Frau	

Zivilstand

❍ ledig ❍ getrennt ❍ eingetragene Partnerschaft ❍ verwitwet
❍ verheiratet ❍ geschieden ❍ aufgelöste Partnerschaft

Seit (Datum)

Adresse: Strasse / Nr. | PLZ / Ort | Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Ab welchem Datum beantragen Sie die Zulage?	Bezug einer IV-, ALV- UVG-, KTG-, MSE-Leistung? Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle? (bitte Kopie beilegen)	❍ Ja ❍ Nein

2. Arbeitgeber (Selbständigerwerbende: bitte Abrechnungsnummer und Geschäftsadresse angeben)

Name	Abrechnungsnummer (Abr-Nr.)

Adresse: Strasse / Nr. | PLZ / Ort | Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Beschäftigt seit / bis	Arbeitsort (Kanton)	Jahreseinkommen höher als gesetzliches Minimaleinkommen (CHF 7'110) ❍ Ja ❍ Nein

Weitere Arbeitgeber / Name, Adresse, erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.), Kontaktperson

Ihr persönlicher Kontakt
Birgit Dickenmann
Abteilung @cypýec
Direktwahl 071 282 29 79
birgit.dickenmann@ahv-gewerbe.ch

3. Anderer Elternteil (Kindsvater/-mutter)

Falls der andere Elternteil nicht identisch mit dem aktuellen Partner ist, füllen Sie bitte Abschnitt 4 aus.

Name	Vorname	Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)

Geburtsdatum	Geschlecht	Staatszugehörigkeit
	❍ Mann ❍ Frau	

Zivilstand

❍ ledig ❍ getrennt ❍ eingetragene Partnerschaft ❍ verwitwet
❍ verheiratet ❍ geschieden ❍ aufgelöste Partnerschaft

Seit (Datum)

Adresse: Strasse / Nr. PLZ / Ort

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? ❍ Ja ❍ Nein
Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle? (bitte Kopie beilegen)

Besteht eine Erwerbstätigkeit mit einem jährlichen Einkommen von mind. CHF 7'110? ❍ Ja ❍ Nein Name, Adresse, Telefon-Nr. des **Arbeitgebers** bzw. **Selbständigerwerbenden**	Arbeitsort bzw. bei Selbständigerwerbenden Geschäftssitz (Kanton)	Wer erzielt voraussichtlich das höhere Jahreseinkommen? ❍ Antragsteller(in) ❍ Anderer Elternteil

4. Aktueller Partner

Dieser Abschnitt ist nur auszufüllen, sofern der aktuelle Partner nicht identisch mit dem unter Abschnitt 3 genannten Elternteil ist.

Name	Vorname	Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)

Geburtsdatum	Geschlecht	Staatszugehörigkeit
	❍ Mann ❍ Frau	

Zivilstand

❍ ledig ❍ getrennt ❍ eingetragene Partnerschaft ❍ verwitwet
❍ verheiratet ❍ geschieden ❍ aufgelöste Partnerschaft

Seit (Datum)

Adresse: Strasse / Nr. PLZ / Ort

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? ❍ Ja ❍ Nein
Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle? (bitte Kopie beilegen)

Besteht eine Erwerbstätigkeit mit einem jährlichen Einkommen von mind. CHF 7'110? ❍ Ja ❍ Nein Name, Adresse, Telefon-Nr. des **Arbeitgebers** bzw. **Selbständigerwerbenden**	Arbeitsort bzw. bei Selbständigerwerbenden Geschäftssitz (Kanton)	Wer erzielt voraussichtlich das höhere Jahreseinkommen? ❍ Antragsteller(in) ❍ Aktueller Partner

5. Kind(er) bis maximal 25 Jahre

Falls Sie mehr als 6 Kinder anmelden, füllen Sie bitte eine weitere Anmeldung aus.

Allgemeine Angaben

Kind	Name	Vorname(n)	Geburts-datum	m / w	Lebt in Ihrem Haushalt		Beziehung der Antrag stellenden Person zum Kind						Erwerbs-unfähig
					Ja	Nein*	L**	A**	S**	P**	G**	E**	Ja
1					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* Nein = Falls das Kind nicht im Haushalt des Antragstellers lebt, ergänzen Sie bitte die Adresse in der nachfolgenden Tabelle
** L = Leibliches Kind, A = Adoptiv-Kind, S = Stiefkind, P = Pflegekind, G = Geschwister , E = Enkel

Adressen der Kinder, die nicht im eigenen Haushalt leben

Kind	Wohnsitzadresse des Kindes Strasse/Nr.	PLZ/Ort/Land
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Angaben für Kinder in Ausbildung

Kind	Ausbildung (Lehre / Studium)			Ausbildungsstelle	Jahreseinkommen
	Beginn	Ende	Art		
1					
2					
3					
4					
5					
6					

6. Folgende Dokumente sind der Anmeldung beizulegen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

❍ Schweizer:	Kopie des Familienbüchleins (Eltern und Geburten) oder Kopien der Heiratsurkunde und der Geburtsscheine
❍ Ausländer:	Eltern: Ausländerausweis und Heiratsurkunde Kinder: Ausländerausweis/e und Geburtsschein/e Lebt ein Elternteil mit den Kindern im Ausland, benötigen wir eine aktuelle Bestätigung über die Höhe der Familienzulagen des zuständigen Amtes im Wohnstaat oder eine Bestätigung des Amtes, dass kein Anspruch besteht oder ein ausgefülltes Formular E411. Dokumente, welche nicht in einer Schweizer Landessprache oder in Englisch verfasst sind, **müssen** von einem anerkannten Übersetzer übersetzt werden
❍ Ledige Personen:	Geburtsschein der Kinder, Erklärung über die gemeinsame elterliche Sorge oder Unterhaltsvertrag betreffend Sorgerechtsregelung
❍ Geschiedene oder getrennt lebende Personen:	Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Sorgerecht
❍ Für Kinder über 16 Jahre:	Aktuelle Ausbildungsbestätigung / Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit

7. Wichtige Hinweise

- Es können nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen verarbeitet werden.
- Die Auszahlung von Leistungen vor Erhalt eines entsprechenden Zulagenentscheides erfolgt auf Risiko des Arbeitgebers.

8. Bestätigung der Anmeldung

Die unterzeichnenden Personen bestätigen, dass sie

- das Gesuch wahrheitsgetreu ausgefüllt haben,
- davon Kenntnis genommen haben, dass pro Kind nur eine volle Zulage bezogen werden darf,
- sich durch unwahre Angaben und Verschweigen von Tatsachen strafbar machen können,
- zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstatten müssen,
- sich verpflichten, umgehend alle Änderungen der Familienverhältnisse sowie des Arbeitsverhältnisses, insbesondere das Nichterreichen des Mindesteinkommen und der Bezug von Taggeldern, die den Zulagenanspruch beeinflussen können, dem Arbeitgeber bzw. der Ausgleichskasse mitzuteilen.

Ort/Datum:	Unterschrift Antragsteller(in)
Ort/Datum:	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Für die Zustellung per Post verwenden Sie bitte dieses Adressblatt (für rechts- oder linksseitige Fenstercouverts).

Ausgleichskasse
Gewerbe St. Gallen
Abteilung Breiträge / FAK
Lindenstrasse 137
Postfach 245
9016 St. Gallen

Ausgleichskasse
Gewerbe St. Gallen
Abteilung Beiträge / FAK
Lindenstrasse 137
Postfach 245
9016 St. Gallen