

Anmeldung Familienzulagen für Nichterwerbstätige

1 Antragsteller/in

Name	AHV-Nr. 7 5 6 . [] [] [] [] . [] [] [] [] . [] []
Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Mann	Staatsangehörigkeit
Zivilstand <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> freiwillig getrennt <input type="radio"/> gerichtlich getrennt <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> eingetragene Partnerschaft <input type="radio"/> aufgelöste Partnerschaft	Asylbewerber/in <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
seit (Datum):	Falls Ausländer/in, Aufenthaltsbewilligung <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> F-FL <input type="radio"/> F-VAP <input type="radio"/> G <input type="radio"/> L <input type="radio"/> N
Sind Sie quellensteuerpflichtig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Strasse, Nr.	Mobile
PLZ, Ort	E-Mail
Ab wann beantragen Sie die Zulagen? Datum:	
Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, EE-Leistung*? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche Leistung von welcher Stelle?



*IV = Invalidenversicherung, ALV = Arbeitslosenversicherung, UVG = Unfalltaggeld, KTG = Krankentaggeld, EE = Elternentschädigung (MSE, EAE, BUE)

2 Persönliche Verhältnisse

Sind Sie auch Arbeitnehmer/in?

Ja* Nein

*Wenn ja: seit wann, Name, Adresse und Telefon-Nr. von Arbeitgeber/in

Arbeitnehmer/in von - bis

Voraussichtliches AHV-pflichtiges Jahreseinkommen

Weitere Arbeitsverhältnisse?

Ja Nein

Falls ja, bitte Zusatzblatt verwenden

Beziehen Sie eine IV-Rente?

Ja* Nein

Sind Sie Sozialhilfeempfänger/in?

Ja Nein

Falls ja, Abtretung auf Seite 6 von der zuständigen Behörde ausfüllen lassen

*Falls ja, beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Beziehen Sie eine Altersrente?

Ja Nein

Wie hoch war das letzte definitive steuerbare Einkommen der direkten Bundessteuer?

3 Anderer Elternteil (Falls der andere Elternteil nicht identisch mit dem/der aktuellen Partner/in ist, füllen Sie bitte zusätzlich das Beiblatt aus.)

Name

AHV-Nr.

7 5 6 . [] [] [] [] . [] [] [] [] . [] []

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Frau Mann

Staatsangehörigkeit

Zivilstand

- ledig
 verheiratet
 freiwillig getrennt
 gerichtlich getrennt
 geschieden
 verwitwet
 eingetragene Partnerschaft
 aufgelöste Partnerschaft

Mobile

E-Mail

seit (Datum):

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, EE-Leistung?

Ja Nein

Wenn ja, welche Leistung von welcher Stelle?

Besteht ein Arbeitsverhältnis?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Arbeitskanton
Als Selbständigerwerbende/r (SE) registriert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls Angestellte/r: Arbeitgeber/in (Name, Adresse, Telefon)?
Übersteigt das Einkommen monatlich CHF 630?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Bei welcher Ausgleichskasse als SE/NE angeschlossen?
Als Nichterwerbstätige/r (NE) registriert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Erzielt das höhere Einkommen, als unter Punkt 1 aufgeführte Antragssteller/in	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Ort, Datum	Unterschrift anderer Elternteil	

4 Kind(er) bis maximal 25 Jahre (Falls Sie mehr als 4 Kinder anmelden möchten, füllen Sie bitte eine weitere Anmeldung aus)

Name	Vorname(n)	Geb.-Datum	m/w	Lebt in Ihrem Haushalt		Beziehung der antragsstellenden Person zum Kind**						erwerbsunfähig	
				Ja	Nein*	L	A	S	P	G	E	Ja	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Zusätzliche Angaben für Kinder in Ausbildung und/oder in einem anderen Haushalt

Kind	Ausbildung <small>(Ausbildungsbestätigungen müssen beigelegt werden)</small>				Jahres-einkommen	Wohnsitzadresse des Kindes <small>(Strasse, Nr., PLZ, Ort, Land)</small>
	Beginn	Ende	Art	Ausbildungsstelle		
1						
2						
3						
4						

5 Auszahladresse

Name und Sitz der Bank / Post	Konto lautend auf																				
IBAN-Nr.																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		C	H																		
C	H																				

6 Beizulegende Dokumente

Dokumente, welche nicht in einer Schweizer Landessprache verfasst sind, müssen von einem/einer anerkannten Übersetzer/in übersetzt werden.

Generell Alle

- Kopie Familienausweis und/oder vollständige Geburtsurkunde (keine Geburtsmitteilung)

Ausländer/innen

- Eltern: Gültiger Ausländerausweis
- Kinder: Gültiger Ausländerausweis

Ledige Personen:

- Sofern die gemeinsame elterliche Sorge erklärt wurde, bitte eine Kopie der amtlichen Erklärung einreichen

Geschiedene / getrennte Personen

- Auszug aus dem Scheidungs- bzw. (sofern vorhanden) Trennungsurteil betreffend Sorge-/ Obhutsrecht (sofern Kinder bei Scheidung noch minderjährig waren)

Für Kinder ab 15 Jahre mit Wohnsitz in der Schweiz (nachobligatorische Ausbildung)

- Aktuelle Ausbildungsbestätigung z.B. Lehrvertrag, Schulbestätigung für weiterführende Schule
- Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit (auch bei Krankheit oder Unfall)

Für Kinder über 16 Jahre in der Schweiz oder Ausland

- Aktuelle Ausbildungsbestätigung z.B. Lehrvertrag, Schulbestätigung etc.
- Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit (auch bei Krankheit oder Unfall)

Kinder mit Wohnsitz im Ausland

- Frankreich: Bestätigung der Caisse d'allocations Familiales (CAF) "Attestation destinée à votre organisme étranger"
- Weitere EU/EFTA Staaten: Wir werden der auszahlenden Behörde/Stelle im Wohnsitzland über unsere Webapplikation RINA GUI die Bestätigung über den Bezug / Nichtbezug des Kindesgeldes direkt anfragen.

7 Wichtige Hinweise / Bestätigung der Anmeldung

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

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 falsche Angaben und Verschweigen von Tatsachen strafbar machen können, zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstatten müssen, sich verpflichten, umgehend alle Änderungen der Familienverhältnisse, die den Zulagenanspruch beeinflussen können, dem/der Arbeitgebenden, bzw. der Familienausgleichskasse mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in

Beilage zur «Anmeldung Familienzulagen für Nichterwerbstätige»

Angaben aktuelle/n Partner/in (im selben Haushalt lebend)

Name	AHV-Nr. 7 5 6 . [] [] [] [] . [] [] [] [] . [] []
Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Mann	Staatsangehörigkeit
Zivilstand <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> freiwillig getrennt <input type="radio"/> gerichtlich getrennt <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> eingetragene Partnerschaft <input type="radio"/> aufgelöste Partnerschaft seit (Datum):	Mobile E-Mail
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche Leistung von welcher Stelle?
Besteht ein Arbeitsverhältnis? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Arbeitskanton
Als Selbständigerwerbende/r (SE) registriert? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls Angestellte/r: Arbeitgeber/in (Name, Adresse, Telefon)?
Übersteigt das Einkommen monatlich CHF 630? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Bei welcher Ausgleichskasse als SE/NE angeschlossen?
Als Nichterwerbstätige/r (NE) registriert? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Erzielt das höhere Einkommen, als unter Punkt 1 aufgeführte Antragssteller/in <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Ort, Datum	Unterschrift aktueller Partner/in

Abtretung der Zulagen an die Sozialbehörde (Nur für Sozialhilfeempfänger/innen vom Sozialamt auszufüllen)

Wird die gesuchstellende Person von der Sozialbehörde unterstützt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Zeitraum der Unterstützung (von – bis)
Name und Sitz der Bank / Post	Konto lautend auf
IBAN-Nr. C H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Sozialbehörde

Stand: Januar 2026