

Anmeldung Familienzulagen in der Landwirtschaft für mitarbeitende Familienmitglieder



1 Antragsteller(in)

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Staatszugehörigkeit	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft					Seit (Datum)
Verwandtschaftsgrad zum Betriebsleiter: <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Schwiegersohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter Falls Schwiegersohn / -tochter: Wird der Betrieb von dem/der Schwiegersohn / -tochter künftig übernommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)	
Ab wann beantragen Sie die Zulage (Datum)		Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung*? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?			

*IV = Invalidenversicherung, ALV = Arbeitslosenversicherung, UVG = Unfalltaggeld, KTG = Krankentaggeld, MSE = Mutterschaftsentschädigung

2 Angaben zur landwirtschaftlichen Tätigkeit

Landwirtschaftlicher Betrieb: <input type="checkbox"/> Talgebiet <input type="checkbox"/> Berggebiet		Vom Betrieb frei gewährte Unterkunft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Landwirtschaftliche Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Hauptberuf <input type="checkbox"/> Nebenberuf		Vom Betrieb frei gewährte Verpflegung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name, Vorname vom Betriebsleiter			Kunden-Nummer
Antragssteller ist beschäftigt seit / bis		Arbeitsort (Kanton)	Monatliches Einkommen / Barlohn
Weitere Arbeitgeber / Name, Adresse, erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)			Kontaktperson

3 Anderer Elternteil

Name		Vorname		Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Staatszugehörigkeit	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft					Seit (Datum)
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)	
Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?					
Besteht ein Arbeitsverhältnis? Als Selbständigerwerbender (SE) registriert? Übersteigt das Einkommen monatlich CHF 587.-? Als Nichterwerbstätiger (NE) registriert? Erzielt das höhere Einkommen, als der unter Punkt 1 aufgeführte Antragssteller.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Arbeitskanton Falls Angestellte(r): Arbeitgeber (Name, Adresse, Telefon)? Bei welcher Ausgleichskasse als SE/NE angeschlossen?	
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)

Kind	Name	Vorname (n)	Geb.-Datum	m/w	Lebt in Ihrem Haushalt		Beziehung der antragstellenden Person zum Kind**						erwerbsunfähig Ja
					Ja	Nein*	L	A	S	P	G	E	
1													
2													
3													
4													

*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

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

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

5 Bankverbindung

Bankverbindung für die Überweisung der Zulagen (IBAN):	Kontoinhaber:
Name der Bank (inkl. Adresse, Nr., PLZ und Ort)	

6 Beizulegende Dokumente

(Dokumente, welche nicht in einer Schweizer Landessprache verfasst sind, **müssen** von einem anerkannten Übersetzer übersetzt werden)

- Familiendokumente: Kopie des Familienbüchleins (Eltern und Kinder) und die Geburtsscheine der Kinder
- Ledige Personen: Kopie vom Geburtsschein der Kinder, Vaterschaftsanerkennung, Unterhaltsvertrag
- Geschiedene / Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Sorge- / Obhutsrecht
- Getrennte Personen:
 - Für Kinder: Aktuelle Ausbildungsbestätigung / Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit
 - über 16 Jahre: Bestätigung des alternativen Leistungserbringers (z.B. allfälliger Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung durch den Antragsteller oder des anderen Elternteils)

7 Wichtige Hinweise / Bestätigung der Anmeldung

- Wichtige Hinweise:**
- Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden.
 - Die Auszahlung von Familienzulagen vor Erhalt eines entsprechenden Zulagenentscheides erfolgt auf Risiko des Arbeitgebers.

- 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 Arbeitgeber, bzw. der Familienausgleichskasse mitzuteilen.

Datum, Unterschrift Antragsteller(in)	Datum, Stempel, Unterschrift des Betriebsleiters
---------------------------------------	--

Bescheinigung der Gemeindezweigstelle Ort und Datum	Stempel, Unterschrift
---	-----------------------