

Anmeldung Familienzulagen für Selbständigerwerbende

Bitte beachten Sie:

Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen mit allen Unterlagen können verarbeitet werden. Bitte beachten Sie auch die Merkblätter auf unserer Homepage www.gefak.ch.

1 Basisdaten

Firmenname		Geschäftssitz Ihrer Firma		Kunden-Nr.
Familiennamen		Vorname		AHV-Nr. (Sozialversicherungsnummer)
Adresse: Strasse / Nr.		PLZ / Ort		Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)
Selbständigerwerbend seit (Datum)	Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau		Geburtsdatum	Staatszugehörigkeit
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft				Seit wann (Datum)
		<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft		<input type="checkbox"/> verwitwet
Ab wann beantragen Sie die Zulage (Datum)	Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? ¹ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?			
AHV-pflichtiges Einkommen über CHF 587.-- pro Monat? ² <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahlungsverbindung Finanzinstitut (Bank / Postfinance etc.)	BC-Nr.	IBAN / Konto / PC-Konto	

2 Besteht eine gleichzeitige unselbständige Erwerbstätigkeit?

Nein

Ja Arbeitgeber (bitte Firmenname und Adresse angeben) ³

Beschäftigt seit: bis:	Arbeitsstunden pro Monat bzw. Arbeitspensum in %	Arbeitsort (Kanton)	AHV-pflichtiges Einkommen über CHF 587.-- pro Monat? ² <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen weitere Anstellungsverhältnisse? ³ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name, Adresse, Telefon		Wenn ja seit wann:	Einkommen beim weiteren Arbeitgeber ist höher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

¹IV = Invalidenversicherung, ALV = Arbeitslosenversicherung, UVG = Unfall-Taggeld, KTG = Kranken-Taggeld
MSE = Mutterschaftsentschädigung

² Personen, die in der Schweiz ein AHV-pflichtiges Einkommen von weniger als CHF 587.-- pro Monat (bzw. CHF 7'050.-- pro Jahr) erzielen, haben keinen Anspruch auf Zulagen aus Erwerbstätigkeit.

³ Wenn ja: Bitte legen Sie eine Kopie der betreffenden Arbeitsverträge sowie die letzte Lohnabrechnung (oder Lohnausweis) bei.

3 Angaben zu Ehepartner/in oder Partner/in in eingetragener Partnerschaft im gleichen Haushalt
 Falls nicht identisch ist mit dem anderen Elternteil, füllen Sie bitte nachfolgende auch Ziffer 4 aus.

Familiename	Vorname	AHV-Nr. (Sozialversicherungsnummer)
Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum	Staatszugehörigkeit
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet
Seit wann (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 Anstellungsverhältnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name, Adresse, Telefon		Wenn ja seit wann:
		Arbeitskanton
Erreicht das Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit monatlich CHF 587.--? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wer erzielt voraussichtlich das höhere AHV-pflichtige Jahreseinkommen? <input type="checkbox"/> Antragsteller (Person Ziffer 1) <input type="checkbox"/> Aktueller Partner (Person Ziffer 3)	
Besteht eine selbständige Erwerbstätigkeit? Wenn ja: Name und Sitz der Einzelfirma angeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Haupterwerb <input type="checkbox"/> Nebenerwerb	Wenn ja seit wann:
		Arbeitsort (Kanton)
Datum, Unterschrift des aktuellen Partners/Elternteils:		

4 Angaben zu anderem Elternteil (nur ergänzen, wenn nicht identisch mit Ziffer 3)

Familiename	Vorname	AHV-Nr. (Sozialversicherungsnummer)
Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum	Staatszugehörigkeit
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet
Seit wann (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 Anstellungsverhältnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name, Adresse, Telefon		Wenn ja seit wann:
		Arbeitskanton
Erreicht das Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit monatlich CHF 587.--? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wer erzielt voraussichtlich das höhere AHV-pflichtige Jahreseinkommen? <input type="checkbox"/> Antragsteller (Person Ziffer 1) <input type="checkbox"/> Anderer Elternteil (Person Ziffer 4)	
Besteht eine selbständige Erwerbstätigkeit? Wenn ja: Name und Sitz der Einzelfirma angeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Haupterwerb <input type="checkbox"/> Nebenerwerb	Wenn ja seit wann:
		Arbeitsort (Kanton)
Datum, Unterschrift des anderen Elternteils:		

5 Kind(er) bis maximal 25 Jahre

Kind	Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	m/w	Lebt in Ihrem Haushalt		Beziehung des Kindes zur antragstellenden Person						Erwerbsunfähig ja
					ja	Nein ⁴	L ³	A ³	S ³	P ³	G ³	E ³	
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³ L = Leibliches Kind, A = Adoptiv-Kind, S = Stiefkind, P = Pflegekind, G = Geschwister, E = Enkel

⁴ Nein = Falls das Kind nicht im Haushalt des Antragstellers lebt, ergänzen Sie bitte die Adresse in der nachfolgenden Tabelle

Zusätzliche Angaben für Kinder in Ausbildung oder falls das Kind nicht im eigenen Haushalt lebt

Kind	Beginn	Ende	Ausbildung Art	Ausbildungsstelle	Jahres-einkommen	Wohnsitzadresse des Kindes (Strasse, PLZ/Ort, Land)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Falls für ein oder mehrere Kinder Ausbildungszulagen beantragt werden, bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, dass dieses/diese während der Ausbildung weniger als CHF 28'200.-- Einkommen pro Jahr erzielt/erzielen. Den Erwerbseinkommen gleich gestellt sind Ersatzeinkommen wie Taggelder der EO, ALV, IV sowie Kranken- und Unfalltaggelder.

6 Weitere Angaben

Bezieht oder bezog eine andere Person für eines der unter Ziffer 5 erwähnten Kinder eine Zulage? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Von wem? _____ Bis wann? _____ <input type="checkbox"/> gilt für alle Kinder in Ziffer 5 <input type="checkbox"/> gilt nur für die Kinder der Zeilen ____ bis ____ in Ziffer 5 Bitte Bestätigung der zuständigen Ausgleichskasse oder der zuständigen ausländischen Behörde beilegen.

7 Folgende Dokumente sind der Anmeldung in Kopie beizulegen

Generell alle:	<ul style="list-style-type: none"> Kopie des Familienbüchleins (Eltern und Kinder) oder Geburtsurkunde/Anerkennung der Kinder und Eheschein Bestätigung des alternativen Leistungserbringers (ALV, UVG, KTG, IV, MSE etc., wenn solche Leistungen von einer beteiligten Person bezogen/ausgelöst wurden) Kopie des letzten Zulagenentscheides oder Bestätigung des letzten Arbeitgebers über den Bezug/Nichtbezug von Familienzulagen mit ersichtlichem Gültig-Bis-Datum.
Ausländer:	<ul style="list-style-type: none"> Eltern: Gültiger Ausländerausweis und Eheschein Kinder: Gültiger Ausländerausweis
Geschiedene oder getrennte Personen:	<ul style="list-style-type: none"> Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Sorge- und Obhutsrecht
Ledige Eltern:	<ul style="list-style-type: none"> Sofern vorhanden, eine Kopie des Unterhaltsvertrages und die Bestätigung bezüglich Sorgerecht, wenn dies der Kindsvater beantragt hat.
Für Kinder über 16 Jahre bis 25 Jahre:	<ul style="list-style-type: none"> Aktuelle Ausbildungsbestätigung, z.B. Lehrvertrag; Schulbestätigung, Praktikumsvertrag mit Angabe des Einkommens etc. Bei Erwerbsunfähigkeit: Arztzeugnis im Original
Kinder mit Wohnsitz im Ausland:	<ul style="list-style-type: none"> Aktuelle Bestätigung des zuständigen Amtes für Kindergeld im Wohnstaat der Kinder (z.B. DE: Familienkasse, FR: CAF, übrige EU-Staaten: Formular E 411)

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

8 Wichtige Hinweise / Bestätigung der Anmeldung

Wichtige Hinweise

- Nur vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Anmeldungen mit allen Dokumenten/Beilagen können verarbeitet werden.
- Die Auszahlung von Kinderzulagen 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 unwahre 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 Arbeitgebenden bzw. der Familienausgleichskasse mitzuteilen.

Grenzbeträge

- Die in diesem Dokument aufgeführten Grenzbeträge sind gültig ab dem 1. Januar 2015.

Datum, Unterschrift Antragsteller(in)

Datum, Stempel, Unterschrift des Arbeitgebenden

Für das einfache Zurücksenden des Formulars: Falten und in ein ausreichend frankiertes C5-Fenstercouvert legen

**Familienausgleichskasse GEFAK
Haus der Wirtschaft
Postfach 633
4410 Liestal**

**Familienausgleichskasse GEFAK
Haus der Wirtschaft
Postfach 633
4410 Liestal**