MILCH- & LANDWIRTSCHAFTLICHE ORGANISATIONEN
ORGANISATIONS LAITIÈRES ET AGRICOLES
ORGANIZZAZIONI LATTIERE ED AGRICOLE

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 78
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
031 340 60 90 · fa78@ak34.ch
www.ahvpkmilch.ch

Anmeldung Familienzulagen für:

☐ Arbeitnehmende
☐ Selbständige
☐ Interkantonale Differenzzulage
☐ Geburtszulage

Besuchen Sie unsere Webseite für weitere Informationen:
www.ahvpkmilch.ch/familienausgleichskasse

1 Antragsteller(in) (arbeitnehmend und/oder selbständig)

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

Geburtsdatum	Geschlecht	Staatszugehörigkeit
	☐ Mann ☐ Frau	

Zivilstand
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ eingetragene Partnerschaft ☐ aufgelöste Partnerschaft
seit (Datum)

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? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Welche Leistung von welcher Stelle?

Für selbständig Erwerbende:
Haben Sie einen Nebenerwerb als Arbeitnehmer/in? ☐ Ja ☐ Nein

Für Arbeitnehmende:

Haben Sie mehrere Arbeitgeber? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Bei welchem Arbeitgeber erzielen Sie das höchste Einkommen?	Sind Sie gleichzeitig selbständig erwerbend? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Bei welcher Ausgleichskasse?

2 Anderer Elternteil

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

Geburtsdatum	Geschlecht	Staatszugehörigkeit
	☐ Mann ☐ Frau	

Zivilstand
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ eingetragene Partnerschaft ☐ 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?

Besteht ein Anstellungsverhältnis? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Name, Adresse und Telefon Nr. des Arbeitgebers	Arbeitskanton

Wer erzielt voraussichtlich das höhere Einkommen? ☐ Antragsteller(in) ☐ Anderer Elternteil	Besteht eine Erfassung als Selbstständige(r) oder Nicht-Erwerbstätige(r) bei einer Ausgleichskasse? ☐ SE ☐ NE Wenn ja: Bei welcher Ausgleichskasse?

3 Kinder

1. Kind

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

Geburtsdatum | Geschlecht ☐ m ☐ f | Beziehung der antragstellenden Person zum Kind ☐ Eigenes Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Andere:

Ist das Kind älter als 16 Jahre und erwerbsunfähig? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja: Arztzeugnis oder IV-Verfügung beilegen

Für Kinder ab 16 Jahren
Art der Ausbildung | Ausbildungsstelle/Ort | Einkommen des Kindes* höher als CHF 2'520.- pro Monat ☐ Ja ☐ Nein

Bei wem wohnt das Kind?
☐ Gemeinsamer Haushalt ☐ Antragsteller ☐ Anderer Elternteil ☐ Andere:

Bitte eine aktuelle Ausbildungsbestätigung mit genauen Beginn- und Enddaten beilegen.
* inkl. Taggelder (Kranken-/Unfall-, EO, ALV, IV)

2. Kind

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

Geburtsdatum | Geschlecht ☐ m ☐ f | Beziehung der antragstellenden Person zum Kind ☐ Eigenes Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Andere:

Ist das Kind älter als 16 Jahre und erwerbsunfähig? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja: Arztzeugnis oder IV-Verfügung beilegen

Für Kinder ab 16 Jahren
Art der Ausbildung | Ausbildungsstelle/Ort | Einkommen des Kindes* höher als CHF 2'520.- pro Monat ☐ Ja ☐ Nein

Bei wem wohnt das Kind?
☐ Gemeinsamer Haushalt ☐ Antragsteller ☐ Anderer Elternteil ☐ Andere:

Bitte eine aktuelle Ausbildungsbestätigung mit genauen Beginn- und Enddaten beilegen.
* inkl. Taggelder (Kranken-/Unfall-, EO, ALV, IV)

3. Kind

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

Geburtsdatum | Geschlecht ☐ m ☐ f | Beziehung der antragstellenden Person zum Kind ☐ Eigenes Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Andere:

Ist das Kind älter als 16 Jahre und erwerbsunfähig? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja: Arztzeugnis oder IV-Verfügung beilegen

Für Kinder ab 16 Jahren
Art der Ausbildung | Ausbildungsstelle/Ort | Einkommen des Kindes* höher als CHF 2'520.- pro Monat ☐ Ja ☐ Nein

Bei wem wohnt das Kind?
☐ Gemeinsamer Haushalt ☐ Antragsteller ☐ Anderer Elternteil ☐ Andere:

Bitte eine aktuelle Ausbildungsbestätigung mit genauen Beginn- und Enddaten beilegen.
* inkl. Taggelder (Kranken-/Unfall-, EO, ALV, IV)

Wenn Sie das Gesuch für mehr als drei Kinder einreichen möchten, drucken Sie diese Seite bitte mehrmals aus.

4 Wichtige Hinweise / Bestätigung der Anmeldung

Die unterzeichnenden Personen bestätigen, dass sie
- 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 Arbeitgeber, bzw. der Ausgleichskasse mitzuteilen.

Wichtige Hinweise

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

Datum, Unterschrift
Antragssteller(in)

5 Folgende Dokumente sind der Anmeldung beizulegen

Alle	• **Bestätigung über allfällige Leistungen anderer Sozialversicherungen (ALV, IV, KTG, etc.)**
Versicherte mit CH-Pass	• Kopie des Familienbüchleins (Eltern und Geburten) **oder** Geburtsscheine der Kinder und Eheschein
Versicherte ohne CH-Pass	• Eltern: Aufenthaltsbewilligung und Eheschein (oder ähnlich) • Kinder: Aufenthaltsbewilligung/Niederlassungsbewilligung und Geburtsschein *Dokumente, welche nicht in einer Schweizer Landessprache verfasst sind, müssen übersetzt werden!*
Ledige Personen	• Geburtsschein der Kinder, Vaterschaftsanerkennung, Unterhaltsvertrag • Erklärung über die gemeinsame elterliche Sorge vor/nach der Geburt
Geschiedene oder getrennte Personen	• Auszug aus dem Scheidungs- bzw. Trennungsurteil betreffend Obhutsrecht
Für Kinder über 16 Jahre	• Ausbildungsbestätigung / Ärztliches Zeugnis bei Erwerbsunfähigkeit

6 Arbeitgeber

Name	Abrechnungsnummer

Arbeitsverhältnis seit / bis	Arbeitskanton	Voraussichtl. Jahreslohn der antragstellenden Person mindestens CHF 7‘560.00? ☐ Ja ☐ Nein

Arbeitet die antragstellende Person ganzjährig? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn nein: wie?

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

Datum, Stempel, Unterschrift
Arbeitgeber

Besuchen Sie unsere Webseite für weitere Informationen:

www.ahvpkmilch.ch/familienausgleichskasse