



## Mutationsformular für Familienzulagen

### 1 Arbeitgebende Stelle

Mitglied (Abr.-Nr., Name):

Kontaktperson (Name,

#### Betroffene/r Familienzulagenbezüger/in

Name:

AHV-Nummer:

Vorname:

Personalnummer:

Geburtsdatum:

#### Abgang oder Arbeitsunfähigkeit

von/bis:

Grund:

Auflösung Arbeitsverhältnis  Unfall / Krankheit

unbezahlter Urlaub  Tod  andere:

#### Wechsel Arbeitsort/-kanton

ab:

Arbeitsort neu:

Kanton:

#### Wichtige Hinweise

- Als Mutation gilt jede Veränderung der persönlichen, finanziellen und beruflichen Verhältnisse, die entweder zu einem Ende der Familienzulagenberechtigung oder zu einer Anpassung der Familienzulagen führt.

- Für folgende Änderungen benötigt die FAK-EAK das Formular „Anmeldung Familienzulagen“:

- **Geburt eines Kindes**
- **Adoption eines Kindes**
- **Aufnahme eines Pflegeverhältnisses**
- **Beginn Arbeitsverhältnis**

#### Bestätigung und Unterschrift der arbeitgebenden Stelle

Anhand der Meldung des/der Familienzulagenbezüger/in erfasst die arbeitgebende Stelle innert 30 Tagen die Mutation und veranlasst die Meldung an die FAK-EAK.

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift der arbeitgebenden Stelle

## 2 Änderungen betreffend Familienzulagenbezüger/in

|   |     |
|---|-----|
| <b>Wohnsitzwechsel Familienzulagenbezüger/in</b>  | ab: |
| Neue Adresse:   |     |
| Wohnkanton:   |     |
| <input type="checkbox"/> Neue Adresse gilt auch für: <input type="checkbox"/> Ehepartner/in / Aktuelle(r) Partner(in) <input type="checkbox"/> Kindsvater/Kindsmutter |     |
| <input type="checkbox"/> Kind(er):  |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Zivilstandsänderung Familienzulagenbezüger/in</b>  | ab: |
| <input type="checkbox"/> unverheiratet* <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   |     |

Bitte legen Sie ein amtliches Dokument (Familienbüchlein, Familienausweis, Eheschein, usw.) bei.

\*Regelung der elterlichen Sorge:

Für Kind(er):

gemeinsam     Mutter     Vater     andere:

|   |                  |
|---|------------------|
| <b>Zusätzliche arbeitgebende Stelle des/der Familienzulagenbezüger/in</b> | ab:              |
| Name:   |                  |
| Adresse:  |                  |
| Arbeitskanton:  | Jahreseinkommen: |

Bitte stellen Sie uns die Lohnabrechnungen der jeweiligen Arbeitgeber zu.

|  |                   |                        |
|--|-------------------|------------------------|
| <b>Doppelbezug von Familienzulagen</b> |                   |                        |
| Zweitzahlender Arbeitgeber:            | Betroffenes Kind: | Doppelbezug von / bis: |
|  |                   |                        |

Bitte legen Sie eine Kopie des Familienzulagenentscheides bei.

## 3 Änderungen betreffend Ehepartner/in oder Kindsvater/Kindsmutter

|   |   |
|---|---|
| <b>Wechsel/Neuer(s) Arbeitsort oder –verhältnis / Einkommensänderung</b>  | ab:   |
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in / Aktuelle(r) Partner/in <input type="checkbox"/> Kindsvater/Kindsmutter |   |
| Arbeitgebende:  | Arbeitskanton:  |
| Adresse:  |   |
| Mindesteinkommen von CHF 7350.- pro Jahr erreicht?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Einkommen höher als das Einkommen des/der Familienzulagenbezüger(in)?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Bitte legen Sie eine Bescheinigung bei, ob und wenn ja in welcher Höhe Familienzulagen ausgerichtet werden.

|   |     |
|---|-----|
| <b>Mindestanspruch auf Familienzulagen nach Artikel 13 Abs. 3 FamZG</b>   |     |
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in / Aktuelle(r) Partner/in <input type="checkbox"/> Kindsvater/Kindsmutter |     |
| <input type="checkbox"/> Der monatliche Bruttolohn beträgt <b>neu mehr</b> als CHF 612.-                        | ab: |
| <input type="checkbox"/> Der monatliche Bruttolohn beträgt <b>neu weniger</b> als CHF 612.-                     | ab: |

Bitte reichen Sie uns die entsprechenden Lohnabrechnungen ein.

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <b>Wohnsitzwechsel von:</b>                                    |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in / Aktuelle/r Partner/in | <input type="checkbox"/> Kindsvater/Kindsmutter   | ab:                                 |
| Neue Adresse:  |   |                                     |
| Wohnkanton:  |   |                                     |
| <b>Zivilstandsänderung Kindsvater/Kindsmutter</b>              |   | ab:                                 |
| <input type="checkbox"/> unverheiratet                         | <input type="checkbox"/> verheiratet              | <input type="checkbox"/> getrennt   |
| <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft            | <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | <input type="checkbox"/> geschieden |
|  |   | <input type="checkbox"/> verwitwet  |

#### 4 Änderungen betreffend Kind

|  |                   |                  |
|--|-------------------|------------------|
| <b>Wohnsitzwechsel Kind(er)</b>  |                   | ab:              |
| Betroffenes Kind:  |                   |                  |
| Neue Adresse:  |                   |                  |
| Wohnkanton:  |                   |                  |
| <b>Anspruch auf Ausbildungszulagen</b>   |                   | ab:              |
| Betroffenes Kind:  |                   |                  |
| Ausbildung / Ort:  | Jahreseinkommen:  |                  |
| Bitte legen Sie eine aktuelle Ausbildungsbestätigung mit den genauen Beginn- und Enddaten bei. |                   |                  |
| <b>Wegfall / Unterbruch der Anspruchsberechtigung auf Familienzulagen</b>                      |                   |                  |
| Grund:   | Betroffenes Kind: | Dauer von / bis: |
|  |                   |                  |

#### 5 Bestätigung und Unterschrift Familienzulagenbezüger/in

Jede Änderung der persönlichen, finanziellen und beruflichen Verhältnisse, die den Anspruch oder die Höhe der Familienzulagen beeinflusst, muss der arbeitgebenden Stelle innert 30 Tagen gemeldet werden.

|             |  |
|-------------|--|
| Ort / Datum | Unterschrift der antragstellenden Person |
| <br><br>    | <br><br>                                 |

→ Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Formular an die zuständige Personalabteilung.