

Anmeldung Familienzulagen für Selbständigerwerbende

1 Antragsteller/in

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		Asylbewerber/in ☐ Ja ☐ Nein	
seit (Datum):		Falls Ausländer/in, Aufenthaltsbewilligung: ☐ B ☐ C ☐ F-FL ☐ F-VAP ☐ G ☐ L ☐ N	
Sind Sie quellensteuerpflichtig? ☐ Ja ☐ Nein			
Strasse, Nr.		Mobile	
PLZ, Ort		E-Mail	
Ab wann beantragen Sie die Zulagen? Datum:			
Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, EE-Leistung*? ☐ Ja ☐ Nein		Wenn ja, welche Leistung von welcher Stelle?	

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

Webformular



2 Angaben zur selbständigen Tätigkeit

Firmenname	Betrifft / Abrechnungsnummer
Erzielen Sie das Mindesteinkommen in Höhe von CHF 7'560/ Jahr aus der selbständigen Tätigkeit? ☐ Ja ☐ Nein	Voraussichtliches AHV-pflichtiges Jahreseinkommen* (Reingewinn):
*Bitte beilegen: Kopie Bilanz / Erfolgsrechnung	
Sind Sie auch Arbeitnehmer/in? ☐ Ja* ☐ Nein	Mindesteinkommen in Höhe von CHF 7'560/Jahr wird erzielt? ☐ Ja ☐ Nein
*Wenn ja: seit wann, Name, Adresse und Telefon-Nr. des/der Arbeitgebers/Arbeitgeberin	

Falls weitere Arbeitsverhältnisse bestehen, bitte Zusatzblatt verwenden

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
seit (Datum):	E-Mail
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, EE-Leistung? ☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, welche Leistung von welcher Stelle?

Besteht ein Arbeitsverhältnis?	☐ Ja ☐ Nein	Arbeitskanton
Als Selbständigerwerbende/r (SE) registriert?	☐ Ja ☐ Nein	Falls Angestellte/r: Arbeitgeber/in (Name, Adresse, Telefon)?
Übersteigt das Einkommen monatlich CHF 630?	☐ Ja ☐ Nein	Bei welcher Ausgleichskasse als SE/NE angeschlossen?
Als Nichterwerbstätige/r (NE) registriert?	☐ Ja ☐ Nein	
Erzielt das höhere Einkommen, als unter Punkt 1 aufgeführte Antragssteller/in.	☐ Ja ☐ 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**						erwerbs-unfähig
				Ja	Nein*	L	A	S	P	G	E	

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

5 Auszahladresse

Name und Sitz der Bank / Post	Konto lautend auf
IBAN-Nr.	
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

- Deutschland: Bestätigung der deutschen Familienkasse
- 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
------------	--------------------------------

Hinweis: Falls es Ihnen nicht möglich ist, die nötigen Informationen direkt beim anderen Elternteil einzuholen oder die Angaben aus Datenschutzgründen nicht Drittpersonen zugänglich machen möchten, werden wir den/die aktuellen Partner/in anschreiben. Zwingend hierfür ist jedoch, dass Sie uns den Namen und Vornamen, sowie die genaue Anschrift des anderen Elternteils bekannt geben.

Beilage zur «Anmeldung Familienzulagen für Selbständigerwerbende»

Angaben zum aktuellen Partner/in (im selben Haushalt lebend)

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	
seit (Datum):		E-Mail	
Strasse, Nr.		PLZ, Ort	
Bezug einer IV-, ALV-, UVG-, KTG-, MSE-Leistung? ☐ Ja ☐ Nein		Wenn ja, welche Leistung von welcher Stelle?	
Besteht ein Arbeitsverhältnis? ☐ Ja ☐ Nein		Arbeitskanton	
Als Selbständigerwerbende/r (SE) registriert? ☐ Ja ☐ Nein		Falls Angestellte/r: Arbeitgeber/in (Name, Adresse, Telefon)?	
Übersteigt das Einkommen monatlich CHF 630? ☐ Ja ☐ Nein		Bei welcher Ausgleichskasse als SE/NE angeschlossen?	
Als Nichterwerbstätige/r (NE) registriert? ☐ Ja ☐ Nein			
Erzielt das höhere Einkommen, als unter Punkt 1 aufgeführte Antragssteller/in. ☐ Ja ☐ Nein			
Ort, Datum		Unterschrift aktueller Partner/in	

Stand: März 2025