



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 Mutterschaftsurlaub
 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

Wohnsitzwechsel Familienzulagenbezüger/in	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):	

Zivilstandsänderung Familienzulagenbezüger/in	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:

Zusätzliche arbeitgebende Stelle des/der Familienzulagenbezüger/in	ab:
Name:	
Adresse:	
Arbeitskanton:	Jahreseinkommen:

Bitte stellen Sie uns die Lohnabrechnungen der jeweiligen Arbeitgeber zu.

Doppelbezug von Familienzulagen		
Zweitzahlender Arbeitgeber:	Betroffenes Kind:	Doppelbezug von / bis:

Bitte legen Sie eine Kopie des Familienzulagenentscheides bei.

3 Änderungen betreffend Ehepartner/in oder Kindsvater/Kindsmutter

Wechsel/Neuer(s) Arbeitsort oder –verhältnis / Einkommensänderung	ab:
<input type="checkbox"/> Ehepartner/in / Aktuelle(r) Partner/in <input type="checkbox"/> Kindsvater/Kindsmutter	
Arbeitgebende:	Arbeitskanton:
Adresse:	
Mindesteinkommen von CHF 7'110.- 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.

Mindestanspruch auf Familienzulagen nach Artikel 13 Abs. 3 FamZG	
<input type="checkbox"/> Ehepartner/in / Aktuelle(r) Partner/in <input type="checkbox"/> Kindsvater/Kindsmutter	
<input type="checkbox"/> Der monatliche Bruttolohn beträgt neu mehr als CHF 592.-	ab:
<input type="checkbox"/> Der monatliche Bruttolohn beträgt neu weniger als CHF 592.-	ab:

Bitte reichen Sie uns die entsprechenden Lohnabrechnungen ein.

Wohnsitzwechsel von:		ab:
<input type="checkbox"/> Ehepartner/in / Aktuelle/r Partner/in	<input type="checkbox"/> Kindsvater/Kindsmutter	
Neue Adresse:		
Wohnkanton:		
Zivilstandsänderung Kindsvater/Kindsmutter		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

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

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