

Antrag auf Differenzzahlungen (Auszahlung durch die Kasse)

_____ Arbeitgeber
Anschlussnummer _____ Firma

Angaben des/r Antragstellers/in

Bei Kindern aus mehreren Verbindungen ist pro Verbindung ein Formular auszufüllen.

_____ Frau Herr
Name / Vorname

Privatadresse

_____ PLZ / Ort _____ Telefonnummer
Str. / Nr.

_____ Geburts- _____ Staatsangehörigkeit
Neue AHV-Nr. > (Sozialversicherungs-nr.) datum > Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen, falls Nicht-EU-Staatsangehörige/r

Zivilstand

ledig verheiratet eingetr. Partnerschaft
 getrennt geschieden Witwer / Witwe _____
seit dem

Geschiedene / unverheiratete Eltern : Inhaber der elterlichen Sorge ?

Mutter Vater gemeinsame elterliche Sorge

Tätigkeit für einen weiteren Arbeitgeber ? ja nein

Falls ja, Name des Arbeitgebers

_____ Str. / Nr. _____ PLZ / Ort
Firma

_____ Kanton / Land des Arbeitsorts _____
Beschäftigungsgrad seit dem

Ist der Lohn höher als der bei Ihrem ersten Arbeitgeber bezogene Lohn ? ja nein

Angaben zum anderen Elternteil

Ehegatte/in Ex-Ehegatte/in Konkubinats- eingetr. _____
partner/in Partner/in Sonstige

_____ Frau Herr
Name / Vorname

Privatadresse

_____ PLZ / Ort _____
Str. / Nr.

Haben sich Ihr beruflicher Status bzw. Ihre familiäre Lage im letzten Jahr geändert?

ja nein

Falls ja, Art und Datum der Änderungen?

Datum Grund

Datum Grund

Kinder, für welche Zulagen beantragt werden

Name / Vorname	Geburtsdatum	Adresse der einzelnen Kinder > falls abweichend d. Antragstellers	Eigenes Einkommen des Kindes > Lohn, Rente, Taggelder, Vermögensertrag	Abkunft des Kindes				
				aus der aktuellen Ehe	aus der früheren Ehe	ausser ehelich	Kind des / der Ehegatten / in	Pflegekind oder Adoptivkind
Neue AHV-Nummer des Kindes > vgl. Schweizer Krankenversichertenkarte	Geschlecht							
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antrag auf Ausrichtung der Zulage ab dem:

Gründe

Zahlungsverbindungen (in der Schweiz)

Bankname

Kontonummer

IBAN

Inhaber/in

Name / Vorname

Str. / Nr.

PLZ / Ort

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Vollständigkeit und Wahrheit aller seiner/ihrer Angaben oben. Er/Sie ist sich bewusst, dass die Kasse zu Unrecht bezogene Zulagen zurückverlangen kann.

Ort / Datum

Unterschrift

Durch den Arbeitgeber auszufüllen

Betroffenes Jahr	Arbeitszeit des/r Antragstellers/in			Absenzen			Geburts-Ende des Bericht
	Vollzeit	Teilzeit > eine einzige Rubrik ausfüllen		Krankheit	Unfall	Anz. Anz. Tage	
		Anz. Stunden	Anz. Tage				
Januar	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Februar	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
März	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
April	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mai	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Juni	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Juli	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
August	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
September	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oktober	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
November	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dezember	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber

seit dem bis zum
 > falls zutreffend

Arbeitsort (Kanton) Beschäftigungsgrad Art der Bewilligung Monatslohn, brutto
 > falls Ausländer/in

Ist der Mitarbeiter an der Quellensteuer unterliegt? ja nein

Ort / Datum Stempel und Unterschrift

Beilagen :

- Kopie ID / Aufenthaltsbewilligung
- Kopie Aufenthaltsbewilligung, falls Nicht-EU-Staatsangehörige/r
- Zahlungsbestätigung bzw. Formular E411 zugunsten des/r Ehegatten/in seitens der ausländischen Einrichtung mit eingehenden Angaben pro Kind und Monat (ausschliesslich exportierbare Bestandteile vor Steuern und Abgaben)
- Fotokopie Familienbüchlein (Seiten zu Ehegatten und Kindern oder gleichwertige offizielle Urkunden) bei jedem ersten Antrag an unsere Kasse
- Bei Trennung, Fotokopie der Trennungsvereinbarung (elterliche Sorge, Obhut und Datum)
- Bei Scheidung, Fotokopie der Trennungsvereinbarung (elterliche Sorge, Obhut und Datum)
- Bestätigung der Ausbildungseinrichtung mit Angabe der Anzahl Unterrichtsstunden und Abdeckung der Perioden, für welche der Antrag auf Differenzzahlungen für Kinder von 16-25 Jahren gestellt wird
- Lehrvertrag für Kinder zwischen 16-25 Jahren mit Bestätigung der zuständigen Stelle