



04.2013

Wenn die Kinder von mehreren Beziehungen abstammen, dann füllen Sie bitte einen Fragebogen pro Beziehung aus.

### Arbeitgeber

Kundennummer : .....

### Antragsteller(in)

Name : ..... AHV-Nummer : .....  
 Vorname : ..... Nationalität : .....  
 Strasse : ..... Geburtsdatum : .....  
 PLZ - Ort : ..... Zivilstand : .....  
 Telefon : ..... Seit dem : .....

### Arbeitsbewilligung (ausländische Arbeitnehmer)

Art der Bewilligung	Seit	Art der Bewilligung	Seit
<input type="checkbox"/> B (Aufenthalt)	.....	<input type="checkbox"/> L (kurzfristiger Aufenthalt)	.....
<input type="checkbox"/> C (Niederlassung)	.....	<input type="checkbox"/> F (vorläufige Aufnahme)	.....
<input type="checkbox"/> G (Grenzgänger)	.....	<input type="checkbox"/> N (Asylsuchende)	.....

### Angaben zur Berufstätigkeit

Arbeitgeber : ..... Telefon : ..... Anstellungsgrad : ..... Angestellt seit dem : ..... Bruttomonatslohn : CHF ..... Beziehen Sie andere Versicherungsleistungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche Taggelder : <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> arbeitslos	Arbeiten Sie gleichzeitig für einen anderen Arbeitgeber? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Name und Adresse vom Arbeitgeber : ..... ..... Telefon : ..... Kanton/Arbeitsland : ..... Anstellungsgrad : ..... *Bruttomonatslohn : CHF .....
---	---

Datum, ab welchem der Anspruch auf die Zulagen erhoben wird ..... (Tag / Monat / Jahr)

### Anspruchsberechtigte Kinder

Name & Vorname Kinder	Geburtsdatum	Geschlecht	Nationalität	Kanton/Land des gewöhnlichen Aufenthaltes	Seit	*A	*B	*C	*D
.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welchem verwandtschaftlichen Verhältnis stehen diese Kinder mit Ihnen?

*A = Eigenes Kind	*B = Adoptivkind	*C = Kind des Ehepartners	*D = Pflegekind
-------------------	------------------	---------------------------	-----------------

