

Gesuch für Familienzulagen



Caisse interprofessionnelle AVS de la
Fédération des Entreprises Romandes
FER CIGA 106.3

Rue Condémine 56 Case postale 1630 Bulle
Téléphone 026 919 87 40 Fax 026 919 87 49 E-mail af@ciga.ch

Assurance-vieillesse et survivants/Assurance-invalidité
Allocations aux militaires et maternité/Allocations familiales
Assurance-maladie/Assurance-accidents LAA/CIEPP-2^e pilier LPP



- ☐ CRICAF (Interne Ausgleichskasse CIGA)
☐ FAK-Verband Bäcker-Konditor-Konfiseurmeister
☐ FAK-Metzgermeisterverbands des Kanton Freiburg
☐ FAK Freiburger Anwaltsverbandes
☐ CIAF Kanton:

Wichtig: Der Antrag ist ordnungsgemäss ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit den auf Seite 3 genannten Beweisstücken einzureichen, da er anderenfalls von unseren Dienststellen nicht bearbeitet werden kann.

| | | | | |
|--|--|----------------------------|---|----------------|
| I. ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER | | VERSICHERTENNUMMER AHV-NR: | | 756. |
| Name: | | Vorname: | | |
| Geburtsdatum: | | Geschlecht: | <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M | |
| Staatsangehörigkeit: | | Ausweis: | | Einreisedatum: |
| Personenstand: | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet | | | seit dem: |
| Adresse (Strasse/Nr.): | | | | |
| PLZ: | | Ort: | | Land: |
| Telefon: | | E-Mail: | | |
| Ab welchem Datum möchten Sie Anspruch auf die Familienzulagen: | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|---------|---|
| II. DERZEITIGER ARBEITGEBER | | | | |
| Mitglied Nr. (000.000-00): | | Firmenname: | | |
| Arbeitsstätte (Strasse/Nr./PLZ/Ort): | | | Kanton: | |
| Datum der Einstellung: | | Datum der Vertragsbeendigung: | | |
| Gehalt: mehr als CHF 630.- / Monat: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Beschäftigungsgrad: | | % |

Der Arbeitgeber bestätigt, dass er der Hauptarbeitgeber des Antragstellers ist, und verpflichtet sich, uns über alle Änderungen bezüglich seines Arbeitnehmers so schnell wie möglich zu unterrichten.

Ort und Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers: _____

| | | | | |
|--|--|---|---|----------------|
| III. ANGABEN ZUM EHEGATTEN/LEBENSPARTNER (nur auszufüllen, wenn der Antragsteller in Paarbeziehung lebt) | | | | |
| Name: | | Vorname: | | |
| Geburtsdatum: | | Geschlecht: | <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M | AHV-NR.: 756. |
| Wenn im Ausland wohnhaft, Sozialversicherungsnummer : | | | | |
| Staatsangehörigkeit: | | Ausweis: | | Einreisedatum: |
| Personenstand: | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet | | | seit dem : |
| Adresse (Strasse/Nr./PLZ/Ort): | | | | |
| Telefon: | | E-Mail: | | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> krank/verunfallt <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig | | | | seit dem: |
| Das Gehalt ist niedriger als das des Antragsstellers: | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Firmenname des Arbeitgebers oder des Selbständigen: | | | | |
| Arbeitsstätte (Strasse/Nr./PLZ/Ort): | | | | |

IV. ANGABEN ZU DEN KINDERN

Kinder unter 16 Jahren – Kinder unter 25 Jahren in Ausbildung oder Studium – Kinder unter 20 Jahren ohne Arbeitseinkommen wegen Krankheit oder Gebrechen.

| <ul style="list-style-type: none"> Namen und Vornamen des Kindes AHV-NR.: (diese finden Sie auf der Krankenversicherungskarte Ihrer Kinder). | Geburtsdatum | Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller | | | | | Anschrift, an der das Kind überwiegend lebt (falls abweichend von der des Antragstellers) |
|--|--------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | | Aus jetziger Ehe | Aus früherer Ehe | Nicht ehelich | Des Partners | Adopt. od. aufgeno. | |
| 1. AHV-NR. : 756. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. AHV-NR. : 756. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. AHV-NR. : 756. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. AHV-NR. : 756. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. AHV-NR. : 756. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. AHV-NR. : 756. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

V. ANDERER ELTNERTEIL (nur auszufüllen, wenn abweichend vom derzeitigen Ehegatten / Lebenspartner oder wenn der Antragsteller allein lebt)

Betroffene Kinder: ☐ Alle oder ☐ Kind 1 ☐ Kind 2 ☐ Kind 3 ☐ Kind 4 ☐ Kind 5 ☐ Kind 6

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: ☐ W ☐ M

AHV-NR.:

756.

Wenn im Ausland wohnhaft, Sozialversicherungsnummer :

Staatsangehörigkeit:

Ausweis:

Einreisedatum:

Personenstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden
☐ in eingetragener Partnerschaft lebend ☐ verwitwet

seit dem :

Adresse (Strasse/Nr./PLZ/Ort):

☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ arbeitslos ☐ Rentner ☐ krank/verunfallt
☐ nicht erwerbstätig

seit dem :

Das Gehalt ist niedriger als das des Antragsstellers:

☐ ja ☐ nein

Firmenname des Arbeitgebers oder des Selbständigen:

Arbeitsstätte (Strasse/Nr./PLZ/Ort) :

Anmerkungen/Zusatzinformationen:

Der Unterzeichner bestätigt, dass er alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet hat. Der Unterzeichner des Antrages verpflichtet sich, uns sofort über alle Änderungen seiner familiären oder finanziellen Situation zu unterrichten, die möglicherweise eine Änderung seines Rechtes auf Familienzulagen bedeuten

Ort und Datum : _____

Unterschrift des Antragstellers : _____

Gesuch für Familienzulagen



Caisse interprofessionnelle AVS de la
Fédération des Entreprises Romandes
FER CIGA 106.3

Rue Condémine 56 Case postale 1630 Bulle
Téléphone 026 919 87 40 Fax 026 919 87 49 E-mail af@ciga.ch

Assurance-vieillesse et survivants / Assurance-invalidité
Allocations aux militaires et maternité / Allocations familiales
Assurance-maladie / Assurance-accidents LAA / CIEPP-2^e pilier LPP



Antrag auf Familienzulagen Beizufügende Unterlagen

EINZUHALTENDE VERFAHREN UND VORSCHRIFTEN

Alle für die Bearbeitung Ihres Antrages notwendigen Unterlagen sind obligatorisch beizufügen.

Dieser Antrag auf Familienzulagen darf nur bei einer einzigen Kasse gestellt werden, es sei denn, es handelt sich um einen interkantonalen Unterschiedsbetrag, der mittels des entsprechenden Formulars bei der Kasse des Nichterstandsanspruchsberechtigten zu beantragen ist.

Sämtliche Formulare stehen unseren Kunden in unserem Internetauftritt zur Verfügung (www.ciga.ch). Die Anträge sind in der Reihenfolge gemäss Bundesgesetz über Familienzulagen zu stellen, und zwar in dieser Reihenfolge:

1. Die erwerbstätige Person;
2. Die Person, welche die elterliche Sorge innehat oder bis zur Mündigkeit innehatte;
3. Bei gemeinsamer elterlicher Sorge oder wenn keine der berechtigten Personen die elterliche Sorge hat, ist in erster Linie anspruchsberechtigt, wer überwiegend mit dem Kind zusammenlebt oder bis zu seiner Mündigkeit lebte; bei Trennung oder Scheidung hat deshalb in erster Linie Anspruch, wer das Kind bei sich betreut;
4. Leben beide anspruchsberechtigte Personen mit dem Kind zusammen, so hat Vorrang, wer im Wohnsitzkanton des Kindes arbeitet;
5. Arbeiten beide oder arbeitet keine der anspruchsberechtigten Personen im Wohnsitzkanton des Kindes, so bezieht die Familienzulagen, wer das höhere AHV-pflichtige Einkommen aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit hat. Bezieht keiner ein Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit, so hat Vorrang, wer das höhere Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit bezieht.

Die Unterzeichner des Antrags verpflichten sich, uns unverzüglich über jede Änderung der Familien- oder Erwerbssituation zu informieren, die den Anspruch auf Kindergeld verändern könnte (Umgzug, Heirat, faktische oder formelle Trennung, Scheidung, Neugeburt, Wechsel des Arbeitgebers oder des Beschäftigungsgrades, Krankheit oder Unfall).

Jede unterlassene Information, die zu einer Änderung des Anspruchs führt und damit zu Unrecht ausbezahlte Zulagen zur Folge hat, wird zurückgefordert. Mit dem Abstempeln und Unterschreiben des Formulars bestätigen die Arbeitgeber offiziell die Angaben ihrer Angestellten und verpflichten sich, uns über alle sie betreffenden Änderungen zu informieren, insbesondere über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Dies ermöglicht uns eine effizientere Bearbeitung der Fälle und verringert die Notwendigkeit, zusätzliche offizielle Dokumente und Unterlagen anzufordern.

DOKUMENTE, DIE FÜR DIE BEARBEITUNG DES ANTRAGS ERFORDERLICH SIND

Für Kinder verheirateter Eltern

- ☐ Familienbuch oder vollständiger Familienausweis; falls nicht vorhanden, Heiratsurkunde und Geburtsurkunden der Kinder oder Anerkennungsurkunden oder Adoptionsurteile oder Urteile über die Unterbringung zur Adoption.

Für Kinder unverheirateter Eltern

- ☐ Anerkennungsurkunde, falls vorhanden.
☐ Erklärung über die gemeinsame elterliche Sorge.

Im Falle einer Trennung oder Scheidung

- ☐ Auszug aus den gerichtlichen Maßnahmen, aus dem das Datum, die Zuweisung der elterlichen Sorge sowie das Sorgerecht für die Kinder hervorgehen.

Für Antragsteller mit einer Aufenthaltsgenehmigung (Ausser Ausländerausweis C)

- ☐ Kopie der Aufenthaltserlaubnis mit Angabe des Ausstellungsdatums.

Für Kinder ab 15 Jahren, die die Pflichtschule abgeschlossen haben.

- ☐ Kopie der Schulbescheinigung oder des Lehrvertrags, von beiden Parteien unterzeichnet.

Für Kinder von 16 bis 25 Jahren, die sich in Ausbildung befinden.

- ☐ Definitive Studienbescheinigung mit Angabe des Zeitraums.
☐ Lehrvertrag, ordnungsgemäß ausgefüllt und von beiden Parteien unterzeichnet.
☐ Praktikumsbescheinigung mit Angabe des Monatslohns und des Zeitraums.

Für Kinder zwischen 16 und 20 Jahren, die aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Gebrechens nicht arbeiten können.

- ☐ Bescheinigung, die die Arbeitsunfähigkeit des Kindes belegt, oder der IV-Entscheid.

Für Antragsteller/innen, deren Kinder in einem Land der EU/EFTA-Staaten wohnen.

- ☐ Frankreich: Bescheinigung der französischen CAF mit folgendem Titel: "destinée à votre organisme étranger" für das abgelaufene Kalenderjahr.
☒ EU/EFTA: Elektronischer Austausch durch unsere Kasse über die Anwendung RINA GUI.

HABEN SIE NOCH FRAGEN? Sie können uns per E-Mail oder telefonisch erreichen: - af@ciga.ch - 026 919 87 40