

Gesuch für Familienzulagen



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

Rue Condémine 56 Case postale 2226 1630 Bulle 2
Téléphone 026 919 87 40 Fax 026 919 87 49 E-mail ciga.avs@ciga.ch

Assurance-vieillesse et survivants / Assurance-invalidité
Allocations aux militaires / 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 : Es liegt am Arbeitgeber die Abschnitte I und II zu überprüfen und diesen dem Arbeitnehmer zu übertragen, zu empfangen und an uns ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit den auf Seite 2 genannten Beweisstücken einzureichen.

I. ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER – VERSICHERTENNUMMER AHV-NR: 756.

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	
Staatsangehörigkeit:		Ausweis:	
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 587.- / 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. VORHERIGER ARBEITGEBER

Firmenname:		Datum der Vertragsbeendigung:	
-------------	--	-------------------------------	--

IV. 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.
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:		
Firmenname des Arbeitgebers oder des Selbständigen:			
Das Gehalt ist niedriger als das des Antragsstellers:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arbeitsstätte (Strasse/Nr./PLZ/Ort):			

V. 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.

• Namen und Vornamen des Kindes • AHV-NR.: (diese finden Sie auf der Krankenversicherungskarte Ihrer Kinder).	Geburtsdatum	Verwandschaftsgrad 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"/>	

VI. ANDERER ELTERNTEIL (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

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 :

Firmenname des Arbeitgebers oder des Selbständigen:

Das Gehalt ist niedriger als das des Antragsstellers: ja nein

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 : _____

BEIZUFÜGENDE UNTERLAGEN

In allen Fällen
Getrennte oder geschiedene Person

Kopie des Familienbüchleins oder der Geburtsurkunden der Kinder und der Heiratsurkunde.
Kopie des Trennungs- oder Scheidungsurteils – Seiten, in denen das Obhutsrecht, das Sorgerecht und der Wohnort der Kinder genannt werden.

Ledige Person
Wenn Ehepartner/in Selbständiger ist
Kinder in Ausbildung/Studium oder in der Lehre

Konvention über das Sorgerecht.
Beitragsverfügung der Ausgleichskasse.
Die Schulbescheinigung oder den Lehrvertrag.