

# Gesuch um 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<sup>e</sup> pilier LPP



## Selbständige-r

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

<b>I. ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER – VERSICHERTENNUMMER AHV-NR:</b>		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:			

<b>II. IHRE UNTERNEHMENSDATEN</b>			
Mitglied Nr. (000.000-00):			
Arbeitsstätte (Strasse/Nr./PLZ/Ort):			
Beginn Ihrer Erwerbstätigkeit			
Gehalt: mehr als 587.- / Monat:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschäftigungsgrad:	%

<b>IV. ANGABEN ZUM EHEGATTEN/LEBENSPARTNER (nur auszufüllen, wenn der Antragsteller in Paarbeziehung lebt)</b>			
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	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"/>	

## 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.