

# Familienzulagen: Änderungsmeldung



Familienausgleichskasse  
Zürcher Krankenhäuser

Bei Zivilstandsänderungen ist jeweils eine Anmeldung einzureichen.  
Bitte reichen Sie diesen Antrag bei Ihrem Arbeitgeber ein.

## 1 Antragstellerin / Antragsteller

Name
Vorname
Strasse
PLZ, Ort
Nationalität
Geburtsdatum
AHV-Nr. (756.xxxx.xxxx.xx)

- ledig  
 verheiratet  
 verwitwet  
 rechtlich geschieden  
 gerichtlich getrennt  
 in eingetragener Partnerschaft  
 aufgelöste Partnerschaft

seit
------

## 2 Ausländische Personen

Ausländische Personen haben für ihre Kinder, deren Wohnsitz in der Schweiz oder in einem Vertragsstaat liegt, eine Wohnsitzbestätigung einzureichen.

Für Kinder mit Wohnsitz oder Ausbildung im Ausland siehe **Merkblatt Familienzulagen für Kinder mit Wohnsitz im Ausland**.

Welche Aufenthaltsbewilligung besitzen Sie?
seit

Seit wann halten sich Ihre Kinder mit behördlicher Bewilligung in der Schweiz auf?

seit
------

## 3 Anderer Elternteil

Name
Vorname
Strasse
PLZ, Ort
Geburtsdatum
AHV-Nr. (756.xxxx.xxxx.xx)

Erwerbsart Ehepartner / Ehepartnerin bzw. anderer leiblicher Elternteil

- angestellt

seit
Firma
Strasse

PLZ, Ort
Arbeitsstunden pro Woche

Wie hoch wären die monatlichen Kinderzulagen dieses Arbeitgebers/dieser Arbeitgeberin in Franken pro Kind?

- CHF 220.00 bis 12. Altersjahr  
CHF 250.00 ab 13. Altersjahr  
 mehr als CHF 220.00 bzw. CHF 250.00

Betrag
--------

- selbständig erwerbend

seit	im Kanton
------	-----------

- nicht erwerbstätig
- arbeitslos
- Hausfrau, Hausmann

seit

Wer hat diese Kinder in Obhut, bzw. wo wohnen die Kinder?

#### 4 Grund der Änderung bzw. Verlängerung

Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV-Nr. (756.xxxx.xxxx.xx)

Sie finden die AHV-Nummer auf der Krankenversicherungskarte.

- Geburt (Kopie Geburtsschein beilegen)
- Ausbildung (Kopie Lehrvertrag oder Schulbestätigung beilegen).  
(Dies gilt nur für Kinder mit Wohnsitz in der Schweiz oder in einem EU/EFTA-Staat von Staatsangehörigen der EU/EFTA und der Schweiz.)

vom

bis

- Abbruch der Ausbildung

am

- Infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig (Arztzeugnis beilegen)
- Tod des Kindes

Datum

#### 5 Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Ort und Datum

Unterschrift

Beilage

**Die Änderungsmeldung ist zusammen mit den nötigen Unterlagen dem Arbeitgeber zuzustellen.**