

Informationen:  
041 819 04 25  
fak@aksz.ch  
www.aksz.ch



# Anmeldung für Differenzzulagen

Ausgleichskasse/IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

- als Arbeitnehmer/in
- als Selbständigerwerbende/r
- Geburtszulage

## 1 Arbeitgeber/in

Name / Firma	_____	Abrechnungs-Nr.	_____
Strasse / Nr.	_____	Kontaktperson	_____
Postfach	_____	Telefon-Nr.	_____
PLZ / Ort	_____	E-Mail	_____

## 2 Antragsteller/in

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	AHV-Nummer	7 5 6 . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ]
Name	_____	Zivilstand	seit _____
Vorname	_____	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft
Strasse / Nr.	_____	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden
PLZ / Ort	_____	Geburtsdatum	_____
In der Gemeinde wohnhaft seit	_____	Hauptberuf	_____
Telefon-Nr.	_____	E-Mail	_____
Nationalität	_____	Bei Ausländern: Einreisedatum	_____
Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ci <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	
Ab welchem Datum machen Sie die Zulagen geltend?	_____		
Wer ist die erstanspruchsberechtigte Person? (bitte Kopie der Verfügung beilegen)	_____		
<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Stiefmutter	<input type="checkbox"/> andere: _____		

## 3a Eheleiche Kinder

Name / Vorname	Geburtsdatum	Wo leben die Kinder?	
		CH: Kanton	Ausland: Wohnstaat
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

- 3b**  Kinder unverheirateter, getrennter, geschiedener Eltern  Stiefkinder  
 Pflegekinder  Geschwister  Enkelkinder

Name / Vorname	Geburtsdatum	Wo leben die Kinder?	
		CH: Kanton	Ausland: Wohnstaat
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

## 4 Bemerkungen

---

---

---

---

## 5 Bestätigung der antragstellenden Person

Die unterzeichnende Person bestätigt, dass das Anmeldeformular wahrheitsgetreu ausgefüllt wurde und nimmt davon Kenntnis, dass

- für das gleiche Kind nur eine volle Differenzzulage bezogen werden darf;
- unwahre Angaben und das Verschweigen von Tatsachen, die zu ungerechtfertigten Auszahlungen führen, den Strafbestimmungen gemäss Art. 79 ATSG und den Art. 87 - 91 AHVG unterstehen;
- zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzuerstatten sind und
- Änderungen der persönlichen, familiären und wirtschaftlichen Verhältnisse, welche den Anspruch beeinflussen könnten, der Ausgleichskasse sofort mitzuteilen sind.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

## 6 Bestätigung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin

Der/die Arbeitnehmer/in wird bei uns beschäftigt seit (Tag / Monat / Jahr): \_\_\_\_\_

Das Arbeitsverhältnis ist  unbefristet  befristet bis \_\_\_\_\_

Beim Arbeitsverhältnis handelt es sich um eine

Vollzeitbeschäftigung  Teilzeitbeschäftigung von \_\_\_\_\_ %

Das AHV-pflichtige Jahreseinkommen ist höher als 7'350 Franken  ja  nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Der unterzeichnende Arbeitgeber bestätigt die Richtigkeit der Angaben. Er nimmt zur Kenntnis, dass er bei unwahren Angaben und / oder beim Verschweigen von Tatsachen, die zu ungerechtfertigten Auszahlungen führen, den Strafbestimmungen gemäss Art. 79 ATSG und den Art. 87 – 91 AHVG untersteht.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in

## 7 Beilagen

Das Formular muss zusammen mit folgender Beilage eingereicht werden:

- Kopie der Verfügung des Erstzulagenbezügers**