

Anmeldung Familienzulagen für Nichterwerbstätige

1. Personalien Antragsteller/in

| | | | |
|---|---------------|---|-------------------|
| Familiennamenname | | Vorname | |
| Versichertennummer (13-stellig) 756. | Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W | Nationalität |
| Aktueller Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | | | seit (TT.MM.JJJJ) |
| Aufenthaltsbewilligung: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F* <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N | Einreisedatum | Sind Sie quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| *Wenn Aufenthaltsbewilligung F, zwingend Kopie beilegen | | | |
| Strasse/Nr. | | PLZ/Ort | |
| Ab welchem Datum beantragen Sie die Zulage? | | Erreichbar unter (Telefon, E-Mail usw.) | |
| Beziehen Sie eine Leistung der IV, ALV, UVG, KTG, MSE*? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, welche Leistung von welcher Stelle? | |

*IV = Invalidenversicherung, ALV = Arbeitslosenversicherung, UVG = Unfalltaggeld, KTG = Krankentaggeld, MSE = Mutterschaftsentschädigung

2. Ehepartner/Ehepartnerin bzw. Lebenspartner/Lebenspartnerin (im gemeinsamen Haushalt)

| | | | |
|---|---------------|---|-------------------|
| Familiennamenname | | Vorname | |
| Versichertennummer (13-stellig) 756. | Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W | Nationalität |
| Aktueller Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | | | seit (TT.MM.JJJJ) |
| Aufenthaltsbewilligung: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F* <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N | Einreisedatum | Sind Sie quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| *Wenn Aufenthaltsbewilligung F, zwingend Kopie beilegen | | | |
| Erreichbar unter (Telefon, E-Mail usw.) | | Einreisedatum | |
| Strasse/Nr. | | PLZ/Ort | |
| Bezieht er/sie eine Leistung der IV, ALV, UVG, KTG, MSE*? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wenn ja, welche Leistung von welcher Stelle? | |

*IV = Invalidenversicherung, ALV = Arbeitslosenversicherung, UVG = Unfalltaggeld, KTG = Krankentaggeld, MSE = Mutterschaftsentschädigung

| | | |
|--|--|--|
| Ist er/sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Als Arbeitnehmende/r? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Arbeitsort / Kanton / Adresse von Arbeitgeber |
| Falls nein, Datum der Erwerbsaufgabe | | Name des letzten Arbeitgebers |
| Wird ein AHV-pflichtiges Jahreseinkommen von mindestens CHF 7'170.– erreicht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Selbständigerwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja, in welchem Umfang? <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, in Prozent _____ % | | Wenn ja, bei welcher Ausgleichskasse ist er/sie angeschlossen? |
| Wird eine Altersrente der AHV ausbezahlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

3. Anderer Elternteil (in einem separaten Haushalt lebend)

| | | | |
|---|--|--|--|
| Familiename | | Vorname | |
| Versichertennummer (13-stellig) 756. | Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W | Nationalität |
| Aktueller Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | | | seit (TT.MM.JJJJ) |
| Strasse/Nr. | | PLZ/Ort | |
| Erreichbar unter (Telefon, E-Mail usw.) | | Bezieht er/sie eine Leistung der IV, ALV, UVG, KTG, MSE*? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| *IV = Invalidenversicherung, ALV = Arbeitslosenversicherung, UVG = Unfalltaggeld, KTG = Krankentaggeld, MSE = Mutterschaftsentschädigung | | | |
| Wenn ja, welche Leistung von welcher Stelle? | | Ist er/sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Als Arbeitnehmende/r? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Arbeitgeber und Adresse | | Arbeitsort/Kanton | |
| Wird ein AHV-pflichtiges Jahreseinkommen von mindestens CHF 7'170.– erreicht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Wird eine Altersrente der AHV ausbezahlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Selbständigerwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, bei welcher Ausgleichskasse ist er/sie angeschlossen? | | |

4. Kinder bis maximal 25 Jahre

Falls Sie mehr als 5 Kinder anmelden möchten, füllen Sie bitte eine weitere Anmeldung aus.

| Name/Vorname | m/w | Geburtsdatum | Ihr Verhältnis zum Kind (L/A/S/P/G/E*) | Lebt in Ihrem Haushalt (Ja/Nein**) | Erwerbsunfähig (Ja) |
|--------------|-----|--------------|--|------------------------------------|--------------------------|
| 1 | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | | | | <input type="checkbox"/> |

* L = Leibliches Kind, A = Adoptivkind, S = Stiefkind, P = Pflegekind, G = Geschwister, E = Enkel

** Nein = Falls das Kind nicht in Ihrem Haushalt lebt, ergänzen Sie bitte die Adresse in der folgenden Tabelle.

Zusätzliche Angaben für Kinder in Ausbildung und/oder falls das Kind nicht in Ihrem Haushalt lebt

| | Ausbildungs- beginn | Ausbildungs- ende | Ausbildungs- art | Ausbildungsstelle/ Arbeitgeber | Jahres- Einkommen* | Wohnadresse des Kindes |
|---|------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

*Jahreseinkommen = Bruttolohn, Vermögensertrag, Taggelder und Renten (Bestätigung beilegen)

5. Weitere Angaben

Welche Personen haben die elterliche Sorge?

Beziehen Sie eine ordentliche Altersrente der AHV?
 Ja Nein

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen ausbezahlt?
 Ja Nein

Erhält der andere Elternteil oder eines der aufgeführten Kinder Ergänzungsleistungen ausbezahlt?
 Ja Nein

Name der bezugsberechtigten Person(en)

Wie hoch ist Ihr steuerbares Einkommen gemäss letzter rechtskräftiger Steuerveranlagung? (CHF/Jahr)
Wir bitten Sie, uns eine Kopie der letzten rechtskräftigen Steuerveranlagung beizulegen.

Üben Sie eine Arbeitnehmertätigkeit aus?
 Ja Nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arbeitgebers?

Wird ein AHV-pflichtiges **Jahreseinkommen** von mindestens CHF 7'170.- erreicht?
 Ja Nein

Selbständigerwerbend?
 Ja Nein

Beziehen Sie oder eine andere Person für eines oder mehrere der aufgeführten Kinder bereits eine Zulage?
 Ja Nein (Falls ja, Bestätigung der zuständigen Ausgleichskasse beilegen.)

Wer bezog bis anhin die Zulagen?

Bis zu welchem Datum?

Kontoverbindung für die Auszahlung der Familienzulagen / Beitragsrückzahlungen

Konto Antragsteller/in IBAN (21-stellig)

Kontoinhaber/in

Konto Ehepartner/in IBAN (21-stellig)

Kontoinhaber/in

6. Der Anmeldung sind folgende Dokumente beizulegen (Kopien)

- **Schweizer:**
Geburtsscheine der Kinder; Familienbüchlein; Dokument, auf dem beide Elternteile aufgeführt sind
- **Für Kinder über 16 Jahre:**
Aktuelle Ausbildungsbestätigung (Lehrvertrag, Schulbestätigung, Praktikumsvertrag usw.)
- **Ausländische Staatsangehörige:**
Eheschein, Ausländerausweise der Eltern und Kinder
- **Geschiedene Personen:**
Auszug aus dem Scheidungs- oder Trennungsurteil betreffend Sorgerecht
- **Ledige Eltern:**
Bestätigung Sorgerecht der Kinder

7. Weiteres Vorgehen

Sind Sie bereits bei der Ausgleichskasse Luzern als nichterwerbstätige Person angeschlossen?

- Ja → Punkt 13 ausfüllen und anschliessend das Formular an das zuständige Sozialamt der Wohngemeinde weiterleiten.
- Nein → Punkte 8 bis 13 ausfüllen und anschliessend das Formular an die zuständige Zweigstelle weiterleiten.
(Falls das Anmeldeformular nicht vollständig ausgefüllt wird, werden die Familienzulagen nicht geprüft und das Formular wird retourniert.)

8. Zustelladresse

(Nur ausfüllen, wenn Postzustellung an Dritte. Zwingend Vollmacht beilegen.)

| | |
|--------------|----------|
| Name | Vorname |
| Adresszusatz | Postfach |
| Strasse/Nr. | PLZ/Ort |

9. Fragen zur AHV-Beitragspflicht (Antragsteller/in)

9.1 Fragen zur unselbständigen Erwerbstätigkeit

| | |
|--------------------------|---------------------|
| Datum der Erwerbsaufgabe | Letzter Arbeitgeber |
|--------------------------|---------------------|

9.2 Fragen zur selbständigen Erwerbstätigkeit

| | |
|---|---|
| Waren Sie selbständig erwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Falls ja, zuständige Ausgleichskasse |
| Üben Sie gegenwärtig noch eine selbständige Tätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Falls ja, zuständige Ausgleichskasse |
| In welchem Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, in Prozent _____ % | Voraussichtliches Jahreseinkommen ca. (CHF) |

9.3 Weitere Angaben

Welches AHV-pflichtige Einkommen haben Sie im Jahr der Erwerbsaufgabe noch erzielt? (CHF)
(Arbeitnehmer/in: Bitte Kopie des Lohnausweises beilegen – Selbständige/r: Bitte Kopie der letzten Beitragsverfügung beilegen)

Waren Sie nichterwerbstätig?
 Ja Nein

Falls ja, zuständige Ausgleichskasse

Falls ja, Periode (von – bis)

10. Fragen zur AHV-Beitragspflicht Ihres Ehepartners

Welches AHV-pflichtige Einkommen hat sie/er im Jahr der Erwerbsaufgabe noch erzielt? (CHF)
(Arbeitnehmer/in: Bitte Kopie des Lohnausweises beilegen – Selbständige/r: Bitte Kopie der letzten Beitragsverfügung beilegen)

11. Finanzielle Verhältnisse

Bitte deklarieren Sie das gesamte in- und ausländische **Reinvermögen** beider Partner (vor Abzug des Steuerfreibetrages).

Reinvermögen gemäss letzter Steuererklärung Ziffer 470 (CHF)

| Beziehen Sie ... | Periode von | Periode bis | Gesuchsteller/in CHF pro Monat | Ehepartner/in CHF pro Monat |
|---|-------------|-------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ... eine AHV-Rente (Alters-/Witwen-/Witwerrente)? | | | | |
| ... eine Pension/Rente von einer Pensionskasse, Stiftung, Gruppen- oder Einzelversicherung? | | | | |
| ... eine Überbrückungsrente bis zum Einsetzen der ordentlichen AHV- oder IV-Rente? | | | | |
| ... eine Rente der Unfallversicherung? | | | | |
| ... ausländische Renten (bitte Währung angeben)? | | | | |
| ... Taggelder von Krankenkassen und/oder anderen Versicherungen? | | | | |
| ... Alimente (ohne Unterhaltsbeiträge für Kinder)? | | | | |
| ... eine Rente der Militärversicherung? | | | | |
| ... Leistungen aus Leibrenten- und Verpfändungsverträgen oder ähnliches? | | | | |

12. Einzureichende Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Lohnausweise/Abrechnungen der Arbeitslosenversicherung
- Kopie Rentenentscheid der Pensionskasse/Ausgleichskasse
- Kopie Steuerveranlagungsprotokoll
- Kopie Ausweise von Leistungen der Krankenversicherung/Unfallversicherung
- Kopie Studienbescheinigung

13. Verpflichtung und Unterschrift

Ich bestätige, die Anmeldung wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Bei falschen Angaben oder Verschweigung von Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Auszahlung von Zulagen führen, erfolgt eine Strafanzeige. Pro Kind darf nur eine Zulage bezogen werden. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen rückerstattet werden. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen, die einen Einfluss auf die Familienzulagen haben können (z. B. Veränderung Zivilstand, Wohnortwechsel der Kinder, Abbruch von Lehre oder Ausbildung usw.), umgehend der Familienausgleichskasse zu melden.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift Ehepartner/in

14. Vom zuständigen Sozialamt auszufüllen

Wird die gesuchstellende Person vom Sozialamt unterstützt?

- Ja Nein

Die aufgeführte Person bezieht folgende Leistung nach dem Sozialhilfegesetz (SHG):

Wirtschaftliche Sozialhilfe

seit _____ bis _____

Mutterschaftsbeihilfe

seit _____ bis _____

Für Sozialhilfeempfänger werden die Zulagen direkt ans Sozialamt ausbezahlt.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

15. Bestätigung der AHV-Zweigstelle

| Die nichterwerbstätige Person ... | Gesuchsteller/in | Ehepartner/in / Partner/in |
|--|---|---|
| ... ist eigenen Rechts | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ... steht unter Beistandschaft | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ... bezieht eine IV-Rente | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ... bezieht Ergänzungsleistungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ... hat bei der IV Leistungen beantragt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ... ist in der Lage, den Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln zu bestreiten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ... bezieht Sozialhilfe von _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ... hat die Beitragspflicht erfüllt bis Ende _____ | | |

Die Höhe des gesamten Reinvermögens inkl. Liegenschaften (Ziffer 470):

| | |
|---------------------|----------|
| Reinvermögen in CHF | Stichtag |
|---------------------|----------|

Die obigen Angaben wurden geprüft und als richtig befunden.

| | |
|---------------|--|
| Ort und Datum | Stempel/Unterschrift der AHV-Zweigstelle |
|---------------|--|

Stellungnahme des Gemeinderates zur Frage des Beitragserlasses

Der Gemeinderat der Wohnsitzgemeinde erachtet den Erlass des AHV/IV/EO-Beitrages für

Herrn/Frau _____ in der Zeit vom _____ bis _____ für angezeigt.

| | |
|---------------|---------------------------|
| Ort und Datum | Namens des Gemeinderates: |
| | Der/Die Präsident/in |
| | Der/Die Schreiber/in |