Familienzulagenkassen
CACI - CAFIA - FER CIAF - CAFER

I. www.fer-valais.ch
T. 027 327 20 90
E. institutions@fer-valais.ch

Place de la Gare 2
Case postale / Postfach 152
1951 Sion / Sitten

Arbeitgeber _____

_____

_____

_____

Mitglieds-Nr _____

Daten des anderen Elternteils

A. Antragsteller / Antragstellerin

AHV-Nr 756. _____

Name und Vorname _____

B. Personalien des anderen Elternteils

☐ Ehepartner ☐ Lebenspartner ☐ Ex-Ehepartner ☐ Eingetragene Partnerschaft

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ AHV-Nr 756. _____

Adresse _____ Nationalität _____

PLZ - Ort _____ Aufenthaltsbewilligung _____

Kanton / Land _____ Zivilstand, seit _____

Telefon _____

C. Informationen zur beruflichen Tätigkeit des anderen Elternteils

☐ nicht berufstätig ☐ arbeitslos

☐ angestellt ☐ selbständigerwerbend

Falls nicht berufstätig oder arbeitslos, seit wann ? _____

Arbeitgeber _____

Arbeitskanton / -land _____

Arbeitsvertrag ☐ fix, Anstellungsgrad _____ %

☐ unregelmässig

Anstellungsperiode :

Beginn _____ Ende (falls bekannt) _____

Bruttomonatslohn inkl.13.Monatslohn: CHF _____

Falls selbständigerwerbend, jährl. Erwerbseinkommen :

CHF _____

Arbeiten Sie gleichzeitig für einen anderen Arbeitgeber?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, seit wann? _____

Arbeitgeber, Arbeitskanton _____

Bruttomonatslohn inkl. 13. Monatslohn : CHF _____

Beziehen Sie andere Versicherungsleistungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ☐ Krankentaggeld

☐ Unfalltaggeld

☐ Mutterschaftsentschädigung

☐ Invalidenversicherung ☐ Taggeld ☐ Rente

Seit wann ? _____

D. Verpflichtung der Unterzeichneten

Die Unterzeichneten verpflichten sich mit ihrer Unterschrift, uns sämtliche Änderungen ihrer familiären oder finanziellen Situation (Umzug, Heirat, Trennung oder Scheidung, Geburt eines Kindes, Berufs- oder Jobwechsel, Anstellungsgradwechsel, Krankheit, Unfall, usw.) mitzuteilen. Der Anspruch auf Familienzulagen wird daraufhin überprüft.

Sollten diese Änderungen nicht rechtzeitig mitgeteilt werden, so ist die begünstigte Person verpflichtet, den zu Unrecht bezogenen Betrag vollständig zurückzuerstatten.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Antragstellers _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des anderen Elternteils _____