



08.2018

Wenn die Kinder von mehreren Beziehungen abstammen, füllen Sie bitte einen Fragebogen pro Beziehung aus.

### ARBEITGEBER

Kundennummer: .....

### ANTRAGSTELLER(IN)

Name ..... AHV-Nummer .....

Vorname ..... Nationalität .....

Strasse ..... Geburtsdatum .....

PLZ - Ort ..... Zivilstand ..... Seit: .....

Kanton ..... Telefon .....

### ARBEITSBEWILLIGUNG (AUSLÄNDISCHE ARBEITNEHMER)

Art der Bewilligung	Seit	Art der Bewilligung	Seit
<input type="checkbox"/> B (Aufenthalt)		<input type="checkbox"/> L (kurzfristiger Aufenthalt)	
<input type="checkbox"/> C (Niederlassung)		<input type="checkbox"/> F (vorläufige Aufnahme)	
<input type="checkbox"/> G (Grenzgänger)		<input type="checkbox"/> N (Asylsuchende)	

### ANGABEN ZUR BERUFSTÄTIGKEIT

Arbeitgeber .....	Sind Sie gleichzeitig selbständigerwerbend?
Angestellt seit dem .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitsvertrag: <input type="checkbox"/> fix, Anstellungsgrad ..... %	Wenn ja, seit wann? .....
<input type="checkbox"/> unregelmässig	Arbeiten Sie gleichzeitig für einen anderen Arbeitgeber?
Bruttomonatslohn inkl. 13. Monatslohn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
CHF .....	Wenn ja, seit wann? .....
Beziehen Sie andere Versicherungsleistungen?	Name und Adresse vom Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
Wenn ja, welche Taggelder	.....
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> arbeitslos	Telefon .....
	Arbeitskanton / -land .....
	Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> fix, Anstellungsgrad ..... %
	<input type="checkbox"/> unregelmässig
	*Bruttomonatslohn inkl. 13. Monatslohn CHF .....

Datum, ab welchem der Anspruch auf die Zulagen erhoben wird ..... (Tag / Monat / Jahr)

### ANSPRUCHSBERECHTIGTE KINDER

Name & Vorname Kinder	Geburtsdatum	Geschlecht	Nationalität	Kanton/Land des gewöhnlichen Aufenthaltes	Seit	*A	*B	*C	*D
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem verwandtschaftlichen Verhältnis stehen diese Kinder mit Ihnen?									
*A = Eigenes Kind		*B = Adoptivkind		*C = Kind des Ehepartners		*D = Pflegekind			

## PERSONALIEN EHEPARTNER / ANDERER ELTERNTEIL

Ehepartner    Lebenspartner    Ex-Ehepartner    Eingetragene Partnerschaft    Vater unbekannt

Name ..... Telefon .....

Vorname ..... AHV-Nummer .....

Strasse ..... Zivilstand ..... Seit .....

PLZ - Ort ..... Geburtsdatum .....

Land/Kanton ..... Nationalität .....

nicht erwerbstätig  
 angestellt    selbständig    arbeitslos

Falls erwerbstätig oder arbeitslos, seit wann? .....

Arbeitgeber .....

Arbeitskanton / -land .....

Arbeitsvertrag:    fix, Anstellungsgrad ..... %

unregelmässig

\*Bruttomonatslohn inkl. 13. Monatslohn CHF .....

\*Falls selbständigerwerbend, jährl. Erwerbseinkommen :  
CHF .....

Arbeiten Sie gleichzeitig für einen anderen Arbeitgeber?

ja    nein

Wenn ja, seit wann? .....

\*Bruttomonatslohn inkl. 13. Monatslohn CHF .....

Beziehen Sie andere Versicherungsleistungen?

ja    nein

Wenn ja, welche Taggelder    Krankheit

Unfall

Mutterschaft

\* Der Antragsteller und sein Ehepartner oder der andere Elternteil wünschen nicht, dass das Erwerbseinkommen im Meldeschein aufscheint. Das Einkommen wird der Familienausgleichskasse HOTELA direkt mit dem Formular «Daten des Ehepartners / anderen Elternteils» eingereicht.

## VERPFLICHTUNG UND UNTERSCHRIFT DES / DER ANTRAGSTELLERS(IN)

Ich bestätige, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Ich nehme Kenntnis, dass unwahre Angaben und Verschweigen von Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Auszahlung von Zulagen führen, Strafe nach sich ziehen und unrechtmässig bezogene Zulagen zurückzuerstatten sind. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die den Zulagenanspruch beeinflussen wie : Änderung des Zivilstandes; Zahl und Aufenthaltsort der Kinder; Änderung des Arbeitsverhältnisses oder der Löhne beider Eltern sowie bei Krankheit oder Unfall, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 90 Tagen verursachen, umgehend der HOTELA zu melden.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift

## BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES ARBEITGEBERS

Der Arbeitgeber bestätigt, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Er verpflichtet sich, alle Änderungen, die den Zulagenanspruch beeinflussen, unverzüglich der HOTELA zu melden. Zulagen, welche ohne die Ermächtigung der Kasse ausbezahlt werden, bleiben im Falle einer Ablehnung unvergütet.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift und Stempel

## DOKUMENTE, DIE MIT JEDEM GESUCH EINZUREICHEN SIND

Kinder verheirateter Eltern	die Heiratsurkunde
Ausländische Kinder	die Geburtsurkunde oder der Familienausweis
Ausländische Kinder mit Wohnsitz im Ausland	einen Identitätsausweis oder Pass
Kinder in Berufsausbildung	eine Schulbestätigung oder eine Ausbildungsbestätigung mit Angabe über erzielte Erwerbseinkommen während der Ausbildung
Kinder aus getrennter oder geschiedener Ehe	die Trennungskonvention oder das Scheidungsurteil, aus der die Regelung über das elterliche Sorgerecht hervorgeht sowie bei wem das Kind überwiegend lebt
Kinder lediger Eltern	die von der zuständigen Kinderschutzbehörde genehmigte Erklärung der Eltern, dass sie die gemeinsame elterliche Sorge über das Kind haben
Der Ehepartner / andere Elternteil ist selbständigerwerbend	eine Bestätigung ihrer/seiner AHV-Ausgleichskasse, woraus ersichtlich ist, seit wann sie/er als selbständigerwerbend gemeldet ist
Der Ehepartner / anderen Elternteil ist arbeitslos	eine Bestätigung der Arbeitslosenkasse, seit wann sie/er arbeitslos gemeldet ist