

Anmeldung für eine Mutterschaftentschädigung

A Durch die Anspruchsberechtigte auszufüllen

1. Personalien der Mutter

1.1 Name

Auch Name als ledige Person

1.2 Alle Vornamen

Rufname in Grossbuchstaben

1.3 Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

1.4 Versichertennummer

AHV 13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.
Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen
Krankenversicherungskarte.

1.5 Zivilstand

ledig verheiratet geschieden verwitwet

1.6 Adresse

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Mobile

E-Mail

Beilage: Kopie des Personalausweises oder des Familienbüchleins

1.7 Besteht eine Beistandschaft?

ja nein

Wenn ja: Name und Adresse des Beistandes angeben

Sitz der Erwachsenenschutzbehörde

Beilage: Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben

2. Kind(er)

Nachstehend sind die Kinder aufzuführen, die Anspruch auf die Mutterschaftentschädigung geben:

Name	Vorname	Geburtsdatum
		TT, MM, JJJJ
		TT, MM, JJJJ
		TT, MM, JJJJ

Beilagen:

Kopie des Geburtsscheins / der Geburtsscheine oder des Familienbüchleins.

Kopie des ärztlichen Attests über die Schwangerschaftsdauer (sofern die Geburt vor der 40. Schwangerschaftswoche erfolgte, und die Mutter in den der Niederkunft vorangegangenen 9 Monate nicht durchgehend in der schweizerischen AHV versichert war).

3. Angaben zur Versicherungsdauer der Mutter

3.1 Hatten Sie in den der Niederkunft vorangegangenen 9 Monaten Wohnsitz ausserhalb der Schweiz?

ja nein

Wenn ja:

von	bis	Staat	Bitte ergänzen
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ		

3.2 Waren Sie zum Zeitpunkt der Niederkunft bzw. in den der Niederkunft vorangegangenen 9 Monaten ausserhalb der Schweiz in einem EU- oder EFTA-Staat erwerbstätig?

ja nein

Wenn ja:

von	bis	Staat
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ	

Angaben zum Arbeitgeber im EU- oder EFTA-Staat:

Name	Strasse, Nr.

PLZ, Ort	Telefon

Beilage:

Bescheinigung über die ausländischen Versicherungs- und Beschäftigungszeiten im EU- oder EFTA-Staat im Original (Formular E 104)

4. Angaben zur Erwerbstätigkeit

Es sind **alle** Arbeitgeber aufzuführen. Die Ergänzungsblätter (Formular 318.751) sind gemeinsam **an eine Ausgleichskasse** einzureichen. Die Mutterschaftsentzündung darf nicht mehrfach beantragt werden.

4.1 Haben Sie vor der Niederkunft eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?

als Arbeitnehmerin

Name und Adresse **aller** Arbeitgeber:

	Teil B dieses Formulars ausfüllen lassen
--	---

	Beilage: Formular 318.751
--	----------------------------------

	Beilage: Formular 318.751
--	----------------------------------

als Selbständigerwerbende?

Falls selbständig erwerbend

im Hauptberuf? im Nebenberuf?

Zuständige Ausgleichskasse

--

Abrechnungsnummer

--

Beilage: Kopie der Beitragsverfügung der Ausgleichskasse

4.2 Waren Sie zum Zeitpunkt der Niederkunft bzw. in den der Niederkunft vorangegangenen 9 Monaten aufgrund von Krankheit (inklusive Schwangerschaftsbeschwerden) oder Unfall ganz oder teilweise an der Arbeit verhindert?

ja nein

Unfall Krankheit

Wurde/wird ein Unfall- oder Krankentaggeld bezogen?

ja nein

Beilage: Kopie Abrechnung seit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Niederkunft

4.3 Waren Sie zum Zeitpunkt der Niederkunft bzw. in den der Niederkunft vorangegangenen 9 Monaten arbeitslos?

ja nein

Wenn ja:

von	bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Wurde/wird ein Arbeitslosentaggeld bezogen?

ja **Beilage:** Kopie der Abrechnungen vor der Geburt

nein **Beilage:** Formular Arbeitgeberbescheinigung (Formular 318.752)

B Durch den Arbeitgeber auszufüllen

Es sind Angaben über den letzten, vor der Niederkunft der Arbeitnehmerin erzielten AHV-pflichtigen Lohn zu machen, unabhängig von Einflüssen der Schwangerschaft oder der bevorstehenden Geburt auf die Salärzahlungen.

a) Letzter AHV-pflichtiger Monatslohn	<input type="text" value="CHF"/>	<input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13
b) Stundenlohn (ohne Anteil 13. Monatslohn, Ferien- und Feiertagsentschädigungen; unabhängig von gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund der Schwangerschaft)	<input type="text" value="CHF"/>	Arbeitsstunden / Woche <input type="text"/>
c) Anders Entlohnte: AHV-pflichtiger Lohn in den letzten 4 Wochen	<input type="text" value="CHF"/>	
d) Naturallohn (Unterkunft und Verpflegung) oder Globallohn (für mitarbeitende Familienmitglieder)	<input type="checkbox"/> Stunde <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="text" value="CHF"/>
e) Übrige Vergütungen (Gratifikationen, Provisionen, Trinkgelder, allenfalls Anteil 13. Monatslohn bei Stundenlohn, etc.)	<input type="checkbox"/> Stunde <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="text" value="CHF"/>
f) Dauer des Arbeitsverhältnisses	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/> TT, MM, JJJJ
g) Handelt es sich um einen Zwischenverdienst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
h) Richten Sie eine Lohnfortzahlung während den 98 Tagen Mutterschaftsurlaub aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text" value="%"/> bis wann? <input type="text"/> TT, MM, JJJJ
i) Leiten Sie die Mutterschaftsentschädigung mit den entsprechenden Abzügen an die versicherte Person weiter?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
j) Ist die Arbeitnehmerin quellensteuerpflichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
k) Wurde für die Arbeitnehmerin in den 9 Monaten vor der Niederkunft ein Taggeld der Kranken- oder Unfallversicherung ausgerichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name des Versicherers: <input type="text"/>

I) Bei Lohnschwankungen

AHV-beitragspflichtiges Einkommen für die 12 Monate vor der Niederkunft (ohne UV- oder KV-Taggelder) Krankheits- oder unfallbedingte Absenzen mit Lohnreduktion

Jahr	Jahr	(bitte angeben: K = Krankheit / U = Unfall)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Januar	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Februar	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
März	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
April	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Mai	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Juni	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Juli	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
August	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
September	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Oktober	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
November	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Dezember	<input type="text"/>	von	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>

Hinweis: Das Ausfüllen dieser Tabelle kann durch das Beilegen der Kopie eines Lohnjournales ersetzt werden.

Angaben zum Arbeitgeber:

Name	Abrechnungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontaktperson

<input type="text"/>

Telefon

<input type="text"/>	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

In welchem Kanton ist bzw. war die Arbeitnehmerin vor der Niederkunft beschäftigt?

<input type="text"/>

C Auszahlung der Mutterschaftsentschädigung

Die Mutterschaftsentschädigung ist auszuzahlen an:

- den Arbeitgeber (Gutschrift auf der nächsten Beitragsrechnung)
- die Mutter direkt auf folgendes Bank- oder Postkonto

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Name und Adresse der Bank / Post

IBAN-Nr.

CH

Begehren auf Zahlung der Mutterschaftsentschädigung an Drittpersonen oder Behörden müssen mit dem Formular 318.182 (zu beziehen bei den Ausgleichskassen oder auf www.ahv-iv.ch) gestellt und begründet werden.

Weitere Bemerkungen

Wichtige Hinweise und Unterschrift

Die Mutterschaftsentschädigung wird nur solange ausgerichtet, als die Mutter nach der Niederkunft ihre Erwerbstätigkeit während der Dauer des Mutterschaftsurlaubs tatsächlich unterbricht, höchstens aber während 14 Wochen. Die Mutterschaftsentschädigung wird auch ausgerichtet, wenn die Erwerbstätigkeit nach dem 14-wöchigen Mutterschaftsurlaub nicht wieder aufgenommen wird.

Jede Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit vor Ablauf des 14-wöchigen Mutterschaftsurlaubs führt unweigerlich zum Erlöschen des Entschädigungsanspruchs. Die Mutter und gegebenenfalls ihr Arbeitgeber verpflichten sich, jede vorzeitige Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit unverzüglich der Ausgleichskasse zu melden. Zu Unrecht ausbezahlte Entschädigungen sind zurückzuerstatten. Vorsätzliche Meldepflichtverletzungen können Sanktionen nach sich ziehen.

Die unterzeichnenden Personen nehmen von den oben erwähnten Bestimmungen Kenntnis und bestätigen die Richtigkeit der Angaben:

Ort und Datum

Unterschrift der Antragsstellerin oder des Vertreters/der Vertreterin

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitgebers

Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen.

Beilagen:

- Kopie des Personalausweises oder des Familienbüchleins
- Kopie des Geburtsscheins / der Geburtsscheine oder des Familienbüchlein

falls zutreffend :

- Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben
- Kopie des ärztlichen Attests über die Schwangerschaftsdauer (sofern die Geburt vor der 40. Schwangerschaftswoche erfolgte, und die Mutter in den der Niederkunft vorangegangenen 9 Monate nicht durchgehend in der schweizerischen AHV versichert war)
- Bescheinigung über die ausländischen Versicherungs- und Beschäftigungszeiten im EU- oder EFTA-Staat im Original (Formular E 104)
- Kopie der Beitragsverfügung der Ausgleichskasse (für Selbständigerwerbende)
- Kopie der Abrechnungen Unfall- oder Krankentaggeld seit Arbeitsunfähigkeit
- Kopie der Abrechnung Arbeitslosentaggeld vor der Geburt
- Formular Arbeitgeberbescheinigung (Formular 318.752)
- Begehren auf Zahlung der Mutterschaftsentschädigung an Drittpersonen im Original (Formular 318.182)