

### Arbeitgeber


### Anspruchsberechtigte/r

Name und Vorname \_\_\_\_\_

AHV-Nr. (13-stellig)

□ □ □ . □ □ □ □ . □ □ □ □ . □ □

Austrittsdatum des Bezügers

□ □ . □ □ . □ □ □ □

Eintritt Arbeitsverhinderung

□ □ . □ □ . □ □ □ □



infolge

Krankheit   
  Unfall   
  Mutterschaft   
  Tod

Änderung Zivilstand

Heirat   
  Trennung   
  Scheidung   
  Verwitung



seit

□ □ . □ □ . □ □ □ □

(Beilage von Dokumenten zwingend)

### Kind/er

Name und Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

AHV-Nr. (13-stellig) \_\_\_\_\_


Begründung (z.B. Unterbruch oder Abbruch Ausbildung, Lehrstellenwechsel, Todesfall, usw.)

**Der Arbeitgeber ist verpflichtet, der Familienausgleichskasse Tatsachen die eine Veränderung des Anspruchs zur Folge haben (z. B. Austritt des Bezügers, Trennung, Scheidung, Heirat, Wiederverheiratung, Tod, Tod eines Kindes, vorzeitige Beendigung der Ausbildung eines Kindes, Krankheit oder Unfall des Bezügers, usw.) mit diesem Mutationsformular umgehend zu melden.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Arbeitgeber