

Bescheinigung bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall

Artikel 13, Bundesgesetz über die Familienzulagen
Artikel 10, Verordnung über die Familienzulagen

1) Personalien des Bezügers

Name/Vorname: _____	AHV-Nummer: 756. _____
Strasse/Nr.: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ/Ort: _____	Nationalität: _____
Zivilstand: _____	Telefonnr.: _____
Seit wann: _____	E-Mail: _____

2) Bescheinigung des Arbeitgebers

Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers (Ort):

Angestellt seit: ____ / ____ / _____

Angestellt bis zum: ____ / ____ / _____

Das Unternehmen hat dem Arbeitnehmer Familienzulagen bezahlt bis: ____ / ____ / _____

Haben Sie während der Arbeitsunfähigkeit einen monatlichen AHV-pflichtigen Lohn von mehr als CHF 612.- weiterbezahlt?

Ja Nein

Wenn ja, bis zu welchem Datum? ____ / ____ / _____

Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift des/der Angestellten: _____

3) Ärztliches Attest

Name, Vorname und Anschrift des behandelnden Arztes:

Beginn der Arbeitsunfähigkeit: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Ende der Arbeitsunfähigkeit (sofern bekannt): __ __ / __ __ / __ __ __ __

Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

Arbeitsunfähigkeitsgrad (%):

vom __ __ / __ __ / __ __ __ __ bis __ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ __ %

vom __ __ / __ __ / __ __ __ __ bis __ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ __ %

vom __ __ / __ __ / __ __ __ __ bis __ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ __ %

vom __ __ / __ __ / __ __ __ __ bis __ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ __ %

vom __ __ / __ __ / __ __ __ __ bis __ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ __ %

*Bitte bescheinigen Sie jeden Zeitraum separat

Ort und Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

Weisungen:

Punkt 1 wird durch den Gesuchsteller/in ausgefüllt, Punkt 2 wird durch den letzten Arbeitgeber ausgefüllt und Punkt 3 muss durch den behandelnden Arzt ausgefüllt werden.