ECAS
KSVA

Caisse de compensation
Ausgleichskasse
Fribourg – Freiburg

Impasse de la Colline 1, 1762 Givisiez
T +41 26 426 75 00 — www.ecasfr.ch

Bescheinigung bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall

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

1. Weisungen

Punkt 2 wird durch den Gesuchsteller/in ausgefüllt, Punkt 3 wird durch den letzten Arbeitgeber ausgefüllt und Punkt 4 muss durch den behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

2. Personalien des Bezügers

Name/Vorname:_____ AHV-Nummer: _____

Strasse/Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Nationalität: _____

Zivilstand:_____ Telefonnr.: _____

Seit wann: _____ E-Mail: _____

3. Bescheinigung des Arbeitsgebers

Name und vollständige Anschrift des Arbeitsgebers (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 630.- weiterbezahlt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bis zu welchem Datum?_____

Bemerkungen: _____

_____

_____

_____

_____

Ort und Datum: Stempel und Unterschrift des Arbeitsgebers:

_____ _____

Ort und Datum: Unterschrift des/der Angestellten:

_____ _____

4. 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:

_____

Drucken | Speichern | Löschen