



BEWILLIGUNGSANTRAG FÜR DIE ANWENDUNG DER GENFER FAMILIENZULAGENORDNUNG

Ausgleichskasse:		
Beginn der Anwendung:		
Adresse:		
Kassenart:	<input type="checkbox"/> AHV	<input type="checkbox"/> Verbandsausgleichskasse
Kontakt Korrespondenz (Beitragssatz usw.):	Name, Vorname:	Funktion:
	Telefon:	E-Mail:
Kontakt Buchhaltung	Name, Vorname:	Funktion:
	Telefon:	E-Mail:
Periodizität der Kompensationsabrechnung:	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 3 Monate
	<input type="checkbox"/> 6 Monate	<input type="checkbox"/> 12 Monate
Bank und IBAN:		
Kontakt und Adresse Revisionsstelle:		



Formular **spätestens drei Monate vor Beginn der Anwendung** zurück an: Fonds cantonal de compensation des allocations familiales, Route des Acacias 78–82, Postfach 1253, 1211 Genf 26. Die Bewilligung wird vom Département de la cohésion sociale (DCS) des Kantons Genf erteilt.

Hinweis: Die Kasse muss die Wegleitung über die Kassenzugehörigkeit der Beitragspflichtigen (WKB), insbesondere 2. Teil, Kapitel 2 «Kassenwechsel» einhalten:

WKB 2007: Der Kassenwechsel kann grundsätzlich nur auf das Ende eines Kalenderjahres erfolgen.

WKB 2014 1/12: Der Kassenwechsel erfolgt in der Regel nicht rückwirkend.

Wir bitten Sie, zusammen mit diesem Formular die Bestätigung des Bundesamts für Sozialversicherungen zum Führen einer Familienausgleichskasse sowie die Statuten der Ausgleichskasse einzureichen.

Ort, Datum:

Name, Vorname:

Unterschrift: