

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

Tag, Monat, Jahr

1.4 Versichertennummer

AHV 13-stellig, beginnend mit 756, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen

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 des Entscheides der Erwachsenenschutzbehörde über die Errichtung der Beistandschaft (Dispositiv)

2. Kind(er)

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

| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|----------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Tag, Monat, Jahr |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Tag, Monat, Jahr |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Tag, Monat, Jahr |

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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tag, Monat, Jahr | Tag, Monat, Jahr | |

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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tag, Monat, Jahr | Tag, Monat, Jahr | |

Angaben zum Arbeitgeber im EU- oder EFTA-Staat:

| | |
|----------------------|----------------------|
| Name | Strasse, Nr. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PLZ, Ort | Telefon |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 Mutterschaftsentschädigung 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?

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 unfall- oder krankheitsbedingt ganz oder teilweise an der Arbeit verhindert?

ja nein

Unfall Krankheit

Wurde/wird ein Unfall- oder Krankentaggeld bezogen?

ja nein

Beilage: Kopie Abrechnungen seit der Arbeitsunfähigkeit

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

ja nein

Wenn ja:

von

bis

Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

Wurde/wird ein Arbeitslosentaggeld bezogen?

ja

Beilage: Kopie der Abrechnungen vor der Geburt

nein

Beilage: Formular Arbeitgeberbescheinigung ([Formular 318.752](#))

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

I) Bei Lohnschwankungen

AHV-beitragspflichtiges Einkommen für die 12 Monate vor der
Niederkunft (ohne UV- oder KV-Taggelder)

| | |
|----------------------|----------------------|
| Jahr | Jahr |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|--------|----------------------|----------------------|
| Januar | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|----------------------|

| | | |
|---------|----------------------|----------------------|
| Februar | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|---------|----------------------|----------------------|

| | | |
|------|----------------------|----------------------|
| März | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|------|----------------------|----------------------|

| | | |
|-------|----------------------|----------------------|
| April | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|----------------------|

| | | |
|-----|----------------------|----------------------|
| Mai | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-----|----------------------|----------------------|

| | | |
|------|----------------------|----------------------|
| Juni | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|------|----------------------|----------------------|

| | | |
|------|----------------------|----------------------|
| Juli | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|------|----------------------|----------------------|

| | | |
|--------|----------------------|----------------------|
| August | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|----------------------|

| | | |
|-----------|----------------------|----------------------|
| September | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-----------|----------------------|----------------------|

| | | |
|---------|----------------------|----------------------|
| Oktober | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|---------|----------------------|----------------------|

| | | |
|----------|----------------------|----------------------|
| November | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------|----------------------|----------------------|

| | | |
|----------|----------------------|----------------------|
| Dezember | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------|----------------------|----------------------|

Krankheits- oder unfallbedingte Absenzen
mit Lohnreduktion

(bitte angeben: K = Krankheit / U = Unfall)

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| von | bis |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

Angaben zum Arbeitgeber:

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

| |
|----------------------|
| Kontaktperson |
| <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Telefon | 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 (Auszahlung oder Gutschrift auf der nächsten Beitragsrechnung)
- die Mutter direkt auf folgendes Bank- oder Postkonto

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Name und Adresse der Bank / Post

IBAN-Nr.

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 Mutterschaftsurlaubes 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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort und Datum | Unterschrift des Arbeitgebers |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Beilagen:

- Kopie des Personalausweises oder des Familienbüchleins
- Kopie des Entscheides der Erwachsenenschutzbehörde über die Errichtung der Beistandschaft (Dispositiv)
- Kopie des Geburtsscheins / der Geburtsscheine oder des Familienbüchlein
- 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)