



Antrag auf vorgeburtliche Zulage

ANTRAGSTELLERIN	
Name:	_____
Vorname:	_____
Sozialversicherungsnummer:	_____
Geburtsdatum	
[]	[]
Jahr	Monat Tag
▶	_____
Staatsangehörigkeit:	_____
Persönliche Daten*	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft
<input type="checkbox"/> zusammenlebend mit:	_____
seit dem:	Tag Monat Jahr

Anschrift	
Straße:	Nr: _____
PLZ:	Wohnort: _____
Land:	Telefonnummer: _____
Falls vorheriger Wohnort außerhalb Luxemburgs, bitte angeben in welchem Land	
	Tag Monat Jahr
_____ bis zum	_____
Tätigkeit*	
<input type="checkbox"/> Lohnempfängerin	<input type="checkbox"/> Nichtlohnempfängerin (Selbstständige)
<input type="checkbox"/> Ohne Arbeit	<input type="checkbox"/> Einkommen zur soz. Eingliederung (REVIS)
<input type="checkbox"/> Arbeitslosenunterstützung	<input type="checkbox"/> Unbezahlter Urlaub
<input type="checkbox"/> Pension oder Rente von:	_____
Seit dem:	Tag Monat Jahr

Name und Adresse des Arbeitgebers:	_____
	Land: _____

VATER DES KINDES	
Name:	_____
Vorname:	_____
Sozialversicherungsnummer:	_____
Geburtsdatum	
[]	[]
Jahr	Monat Tag
▶	_____
Staatsangehörigkeit:	_____
Persönliche Daten*	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft
<input type="checkbox"/> zusammenlebend mit:	_____
seit dem:	Tag Monat Jahr

Anschrift	
Straße:	Nr: _____
PLZ:	Wohnort: _____
Land:	Telefonnummer: _____
Falls vorheriger Wohnort außerhalb Luxemburgs, bitte angeben in welchem Land	
	Tag Monat Jahr
_____ bis zum	_____
Tätigkeit*	
<input type="checkbox"/> Lohnempfänger	<input type="checkbox"/> Nichtlohnempfänger (Selbstständiger)
<input type="checkbox"/> Ohne Arbeit	<input type="checkbox"/> Einkommen zur soz. Eingliederung (REVIS)
<input type="checkbox"/> Arbeitslosenunterstützung	<input type="checkbox"/> Unbezahlter Urlaub
<input type="checkbox"/> Pension oder Rente von:	_____
Seit dem:	Tag Monat Jahr

Name und Adresse des Arbeitgebers:	_____
	Land: _____

Anzahl der Kinder welche bereits Familienzulagen beziehen: Falls das Kind, für welches die Zulage beantragt wird bereits geboren ist, bitte das Geburtsdatum angeben: _____

Der Kasse vorbehalten

Bankdaten der Antragstellerin	
Die vorgeburtliche Zulage ist auf folgendes Konto zu überweisen:	
IBAN: _____	BICCode: _____
NamederBank: _____	Kontoinhaber: _____
NB: alle weiteren Familienleistungen zugunsten der Antragstellerin werden auf das angegebene Konto überwiesen (Kindergeld und Prämien)	

Gesetzliche Bestimmung	
Die Bedingungen für die Gewährung der vorgeburtlichen Zulage sind im Buch IV der Sozialgesetzgebung festgelegt sowie, für werdende Mütter, die außerhalb von Luxemburg wohnen, in der EU Verordnung 492/2011.	
Die vorgeburtliche Zulage verjährt ein Jahr nach der Geburt des Kindes.	

WICHTIG: - Das rückseitige Formular zu den vorgeschriebenen Untersuchungen ist obligatorisch auszufüllen
- Bitte die auf der Rückseite angegebenen erforderlichen Belegpapiere beachten

Vorgeschriebene ärztliche Untersuchungen

Die werdende Mutter muss sich fünf ärztlichen Untersuchungen durch einen Frauenarzt, sowie einer Untersuchung durch einen Zahnarzt unterziehen. Alle Untersuchungen müssen im Laufe der Schwangerschaft stattfinden.

Bescheinigung der ärztlichen Untersuchungen

Mit seiner Unterschrift bescheinigt der Arzt die Untersuchungen, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, durchgeführt zu haben.

Name und Vorname der untersuchten Frau: _____

Die fünf untenstehenden Untersuchungen müssen von einem Frauenarzt durchgeführt werden.

1. VORGESCHRIEBENE UNTERSUCHUNG

Stempel oder Name: _____

Adresse des Arztes: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Datum der Untersuchung

Vermutlicher Schwangerschaftsanfang

2. VORGESCHRIEBENE UNTERSUCHUNG

Stempel oder Name: _____

Adresse des Arztes: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Datum der Untersuchung

3. VORGESCHRIEBENE UNTERSUCHUNG

Stempel oder Name: _____

Adresse des Arztes: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Datum der Untersuchung

4. VORGESCHRIEBENE UNTERSUCHUNG

Stempel oder Name: _____

Adresse des Arztes: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Datum der Untersuchung

5. VORGESCHRIEBENE UNTERSUCHUNG

Stempel oder Name: _____

Adresse des Arztes: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Datum der Untersuchung

Voraussichtlicher Geburtstermin

DEM ZAHNARZT VORBEHALTEN

ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

Stempel oder Name: _____

Adresse des Arztes: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Datum der Untersuchung

BEIZUFÜGENDE BELEGSTÜCKE:

- o Ein Bankausweis der Antragstellerin mit Angabe der IBAN Kontonummer sowie des BIC Bankcodes (Kopien von Bankkarten werden nicht angenommen).
- o Eine Geburtsurkunde des Kindes (falls das Kind, für welches die Zulage beantragt wird bereits geboren ist).
- o Beim Tod des Kindes eine Sterbeurkunde oder eine Urkunde zur Todgeburt sowie eine ärztliche Bescheinigung betreffend die Lebensfähigkeit des Kindes.
- o Für die nicht in Luxemburg wohnenden Personen, eine kürzlich ausgestellte Haushaltsbescheinigung oder Meldebescheinigung ausstellen durch die zuständige Behörde des Wohnortes der Antragstellerin.
- o Für die in Luxemburg wohnenden Personen, welche nicht Staatsangehörige der EU, des EWR oder der Schweiz sind, ein Nachweis der Aufenthaltsgenehmigung in Luxemburg der Antragstellerin (als Nachweis gilt der „titre de séjour“ oder die „carte de séjour“)

Ich erkläre: *eine *keine entsprechende Zulage in meinem Wohnland erhalten zu haben.

Gemäß Artikel 312 des Sozialversicherungsgesetzbuches werden diejenigen, die die Kasse betrügerisch dazu veranlasst haben, eine Leistung auszuzahlen, die nicht oder nur teilweise geschuldet war, entsprechend den in Artikel 496 des Strafgesetzbuches vorgesehenen Strafmaßnahmen bestraft und dies unabhängig von der Rückerstattung der zu Unrecht erhaltenen Beträge. Wenn Leistungen aufgrund von Fälschungen ausgezahlt wurden, informiert unsere Kasse gemäß Artikel 23 der Strafprozessordnungen den Staatsanwalt, der ein Strafverfahren einleiten kann.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift der Antragstellerin: _____

Ihre in diesem Formular erfassten personenbezogenen Daten werden von der CAE auf Grundlage des Kindergeldgesetzes und des Sozialgesetzbuches verarbeitet. Weitere Informationen erhalten Sie auf unsere Webseite (www.zukunftskasse.lu).