

Fragebogen gemeinsames Kind / gemeinsame Kinder für die Bemessung des Kindesunterhalts

Die nachfolgenden Tabellen sind **vollständig und wahrheitsgetreu** auszufüllen. Positionen, welche bei Ihnen nicht gegeben sind, streichen Sie bitte durch. Zu sämtlichen Positionen legen Sie bitte **Belege** (vgl. Beilagenverzeichnis, S. 5) bei.

A. Persönliche Verhältnisse

1. Elterliche Sorge/Obhut

Kind 1			
Vorname und Name	Geburtsdatum	Adresse	Schule / in Ausbildung zu
Elterliche Sorge hat?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> gemeinsam
Elterliche Obhut hat?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> gemeinsam
Aufenthalt des Kindes bei?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Dritten

Kind 2			
Vorname und Name	Geburtsdatum	Adresse	Schule / in Ausbildung zu
Elterliche Sorge hat?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> gemeinsam
Elterliche Obhut hat?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> gemeinsam
Aufenthalt des Kindes bei?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Dritten

Kind 3			
Vorname und Name	Geburtsdatum	Adresse	Schule / in Ausbildung zu
Elterliche Sorge hat?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> gemeinsam
Elterliche Obhut hat?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> gemeinsam
Aufenthalt des Kindes bei?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Dritten

Kind 4			
Vorname und Name	Geburtsdatum	Adresse	Schule / in Ausbildung zu

Elterliche Sorge hat? Mutter Vater gemeinsam
 Elterliche Obhut hat? Mutter Vater gemeinsam
 Aufenthalt des Kindes bei? Mutter Vater Dritten

1.2. Betreuung der gemeinsamen Kinder

Falls die Betreuung für alle Kinder gleich aussieht, bitte nachfolgende Tabelle verwenden. Sieht die Betreuung für jedes Kind anders aus, bitte in Feld Bemerkung oder Zusatzblatt die konkrete Betreuungssituation schildern.

	Mutter	Vater	Dritte	Kita
Montag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag
Dienstag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag
Mittwoch	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag
Donnerstag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag
Freitag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag

Samstag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	
Sonntag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> ganzer Tag <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	

Bemerkungen zur Betreuungssituation:

B. Finanzielle Verhältnisse

1. Einkommen der gemeinsamen Kinder (pro Monat)

		Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Einkommen:					
- Arbeitseinkünfte (wie z.B. Lehrlingslohn)	Fr.				
- Stipendien	Fr.	_____	_____	_____	_____
- Abfindungen, Schadenersatz oder ähnliche Leistungen	Fr.	_____	_____	_____	_____
- Sozialversicherungsleistungen für das Kind (z.B IV-Kinderrente)	Fr.	_____	_____	_____	_____
Vermögenserträge	Fr.				

2. Ausgaben der gemeinsamen Kinder (pro Monat)

		Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Fremdbetreuungskosten:	Fr.				
Schulkosten:	Fr.				
Auslagen für öffentlichen Verkehr (für Schul-/Arbeitsweg):	Fr.				
Krankheitskosten:					
- Obligatorische Krankenversicherungsprämie (KVG)	Fr.	_____	_____	_____	_____
- Zusatzkrankenversicherung (VVG)	Fr.	_____	_____	_____	_____
- Prämienverbilligungsanspruch	Fr.	_____	_____	_____	_____
- Regelmässige und wiederkehrende Behandlungskosten, die von Kranken- oder Unfallversicherung nicht übernommen werden	Fr.	_____	_____	_____	_____
Weitere Ausgaben:					
- Hobbies	Fr.	_____	_____	_____	_____
- Sonstiges (Art/Fr.)	Fr.	_____	_____	_____	_____

Bevorstehende grössere Ausgaben, wie Arzt, Medikamente, Zahnarzt	Fr.				
---	-----	--	--	--	--

C. Erklärung des gesetzlichen Vertreters des Kindes

Ich bestätige, dass die im vorliegenden Formular von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

D. Beizulegende Unterlagen:

In der Regel sind alle aufgeführten Einnahmen und Ausgaben des Kindes/der Kinder mit Unterlagen zu belegen:

<input type="checkbox"/>	Vaterschaftsanerkennung/ falls vorhanden, Regelung elterliche Sorge, Obhut, Aufenthalt
<input type="checkbox"/>	Kinderzulagen (ersichtlich auf Lohnabrechnung des Elternteil, der die Kinderzulagen bezieht)
<input type="checkbox"/>	Ausbildungsvertrag
<input type="checkbox"/>	Jahreslohnausweis des Kindes
<input type="checkbox"/>	3 Monatslohnabrechnungen des Kindes
<input type="checkbox"/>	Rentenbelege (AHV/EL, HE, IV, Unfallversicherung etc.), Rentenverfügungen
<input type="checkbox"/>	weitere Einkommensbelege (Stipendien; Abfindungen, Schadenersatz, oder ähnliche Leistungen; Vermögenserträge etc.)
<input type="checkbox"/>	Fremdbetreuungskosten
<input type="checkbox"/>	Schulkosten/ ÖV-Abo für Schulweg
<input type="checkbox"/>	aktuelle Krankenkassenpolice / Krankenkassenprämienabrechnung (obligatorische Krankenversicherung und Zusatzkrankenversicherung)
<input type="checkbox"/>	Prämienverbilligungsverfügung
<input type="checkbox"/>	Belege über ungedeckte Krankheitskosten der letzten 3 Jahre (vgl. Bescheinigung für Steuererklärung)
<input type="checkbox"/>	Weitere Ausgaben/ bevorstehende grössere Ausgaben
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	