

- AHV/EO/EL
- Familienzulagen
- Arbeitslosenversicherung
- Invalidenversicherung

Poststrasse 9, Postfach 62, 9050 Appenzell

Fragebogen

zur Abklärung der Beitragspflicht AHV/IV/EO/ALV für

Bezirk _____ Hausdienstarbeitgeber

K	
01	Name - Frauenname. Vorname: _____ (max. 30 Pos.) Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
02	Telefon: _____
03	Seit wann beschäftigen Sie Hausdienstpersonal ? _____
	Rechnen Sie über dieses Personal bereits mit einer anderen Ausgleichskasse ab (Zutreffendes bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> ja, bei welcher: _____ seit: _____ <input type="checkbox"/> nein
04	Haben Sie früher schon mit einer AHV-Ausgleichskasse abgerechnet (Zutreffendes bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> ja, bei welcher: _____ Ihre damalige Adresse: _____ <input type="checkbox"/> nein
06	An wen sind die Rechnungen, Verfügungen etc. zuzustellen: _____
10	Geburtsdatum / VNr. des Arbeitgebers: _____
13	Beschäftigen Sie (Zutreffendes ankreuzen): <input type="checkbox"/> Dienstmädchen <input type="checkbox"/> Heizer <input type="checkbox"/> Haushaltlehrtochter <input type="checkbox"/> Gärtner <input type="checkbox"/> Pflegerin/ Pfleger <input type="checkbox"/> Hauswart <input type="checkbox"/> Kindermädchen/Kinderpflege <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Monatlicher Barlohn Fr.: <input type="checkbox"/> Haushälterin <input type="checkbox"/> Monatlicher Naturallohn Fr.:

4
Register Einschätzung Buchhaltung
Bitte leer lassen
Abr. Nr. _____
Zwg _____
Branche _____
Erf. als _____
ab _____
Eröffn. Grund _____
Rechstf. _____
Anrede _____
Vers.-Nr. _____
AHV bei _____
FAK bei _____
<input type="checkbox"/> Versandadresse

Bemerkungen: _____

Dieser Fragebogen wurde wahrheitsgetreu ausgefüllt:

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Beilage: