

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

Poststrasse 9, Postfach 62, 9050 Appenzell

Fragebogen

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

Bezirk _____

Nichterwerbstätige

L		5
		Register Einschätzung Buchhaltung Bitte leer lassen
02	Name _____ (max. 30 Pos.) Frauenname: _____ Vorname: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____	Abr.-Nr. _____ Zwg. _____ Branche _____ Erf. als _____ ab _____ Eröffn. Grund _____
10	Geburtsdatum: _____ AHV-Nr.: _____	Rechtsf. _____ Anrede _____ Vers.-Nr. _____ AHV bei _____ FAK bei _____
03	Zivilstand: _____ wenn geschieden, seit: _____ (Rechtskraftsdatum)	
04	Bis wann haben Sie zuletzt AHV-Beiträge bezahlt: _____ wo: _____ als (bitte zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> Selbständigerwerbender <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Nichterwerbstätiger Wie hoch war das AHV-pflichtige Einkommen im Jahr der Erwerbsaufgabe: _____ Fr. _____	
05	Wohin können wir Ihnen Guthaben überweisen: Postcheckkonto: _____ Bankkonto-IBAN-Nr. International B ank A ccount N umber: (erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Bank) _____	
06	An wen sind die Rechnungen, Verfügungen etc. zuzustellen: _____ _____	Versandadresse

	<p>AHV-Rente im Jahr Fr. _____</p> <p>Renten- oder Ersatzeinkommen (ohne AHV/IV-Rente)</p> <p>a) Versicherungs- oder Fürsorgeleistungen, wie Leistungen von Pensionskassen, Fürsorgestiftungen, Gruppen- oder Einzelversicherungen. (ab: im Jahr Fr. _____)</p> <p>b) Wiederkehrende Leistungen des Arbeitgebers, auf die kein Rechtsanspruch besteht. (ab: im Jahr Fr. _____)</p> <p>c) Tag- und Krankengelder (Krankenkasse, SUVA, Eidg. Militärversicherung, Arbeitslosenkasse usw.). (Zutreffendes unterstreichen)</p> <p>vom: _____ bis: _____ Fr. _____ vom: _____ bis: _____ Fr. _____ vom: _____ bis: _____ Fr. _____</p> <p>d) Alimente und Leibrenten (Leistungen des Ehemannes an die geschiedene Ehefrau, ohne Unterhaltsbeiträge für Kinder), Wert der Verpfändung oder Wohnrechtes. im Jahr Fr. _____</p> <p>e) Andere wiederkehrende Leistungen. im Jahr Fr. _____</p> <p>f) Sind Sie Bezüger einer Rente der Militärversicherung. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Vermögen</p> <p>Lt. Steuerveranlagungen betrug das Reinvermögen am 1.1.2016 Fr. _____ (Es ist das gesamte, im In- und Ausland befindliche Vermögen, einschliesslich Nutzungsvermögen, Frauen- und Kindervermögen ohne die steuerlich zulässigen Sozialabzüge anzugeben). 1.1.2017 Fr. _____ 1.1.2018 Fr. _____ 1.1.2019 Fr. _____</p>													
07	<p>Beschäftigen Sie Personal: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, Zutreffendes bitte ankreuzen!</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dienstmädchen</td> <td><input type="checkbox"/> Haushälterin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haushalttochter</td> <td><input type="checkbox"/> Gärtner</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pflegerin / Pfleger</td> <td><input type="checkbox"/> Hauswart</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kindermädchen / Kinderpflege</td> <td><input type="checkbox"/> andere: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haushaltshilfe</td> <td>Monatl. Naturallohn Fr. _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Monatl. Barlohn Fr. _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Dienstmädchen	<input type="checkbox"/> Haushälterin	<input type="checkbox"/> Haushalttochter	<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	Monatl. Naturallohn Fr. _____		Monatl. Barlohn Fr. _____	<p><input type="checkbox"/> AN</p> <p>AP _____</p> <p>FOR _____</p> <p>Anzahl _____</p>
<input type="checkbox"/> Dienstmädchen	<input type="checkbox"/> Haushälterin													
<input type="checkbox"/> Haushalttochter	<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	Monatl. Naturallohn Fr. _____													
	Monatl. Barlohn Fr. _____													

Bemerkungen:

Dieser Fragebogen wurde wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Ort und Datum:

Unterschrift: _____