

**AUSGLEICHSKASSE
IV-STELLE**



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

Poststrasse 9, Postfach 62, 9050 Appenzell

www.ausgleichskasse.ch
info@akai.ch

Appenzell,

Jahresabrechnung im vereinfachten Verfahren **Jahr:**
Unsere Referenz-Nummer:

Wir bitten Sie, uns diese Abrechnung bis einzureichen und danken für Ihre Mitarbeit.

1 2 3 Versicherten-Nummer Name/Vorname Adresse	4 5 6 VG - Verwandtschaftsgrad Beitragsdauer PLZ/Ort		Löhne und Zulagen		
			Lohnart	7 AHV/IV/EO CHF	8 Steuern CHF
1	4		Arbeitslohn	7	8
2	5 von	5 bis	9 Kinderzulagen	_____	9
3	6		10 Total	_____	10

1 2 3 Versicherten-Nummer Name/Vorname Adresse	4 5 6 VG - Verwandtschaftsgrad Beitragsdauer PLZ/Ort		Löhne und Zulagen		
			Lohnart	7 AHV/IV/EO CHF	8 Steuern CHF
1	4		Arbeitslohn	7	8
2	5 von	5 bis	9 Kinderzulagen	_____	9
3	6		10 Total	_____	10

1 2 3 Versicherten-Nummer Name/Vorname Adresse	4 5 6 VG - Verwandtschaftsgrad Beitragsdauer PLZ/Ort		Löhne und Zulagen		
			Lohnart	7 AHV/IV/EO CHF	8 Steuern CHF
1	4		Arbeitslohn	7	8
2	5 von	5 bis	9 Kinderzulagen	_____	9
3	6		10 Total	_____	10

1 Versicherten-Nummer 2 Name/Vorname 3 Adresse	4 VG - Verwandtschaftsgrad 5 Beitragsdauer 6 PLZ/Ort		Löhne und Zulagen		
			Lohnart	7 AHV/IV/EO CHF	8 Steuern CHF
1	4		Arbeitslohn	7	8
2	5 von	5 bis	9 Kinderzulagen	_____	9
3	6		10 Total	_____	10

1 Versicherten-Nummer 2 Name/Vorname 3 Adresse	4 VG - Verwandtschaftsgrad 5 Beitragsdauer 6 PLZ/Ort		Löhne und Zulagen		
			Lohnart	7 AHV/IV/EO CHF	8 Steuern CHF
1	4		Arbeitslohn	7	8
2	5 von	5 bis	9 Kinderzulagen	_____	9
3	6		10 Total	_____	10

1 Versicherten-Nummer 2 Name/Vorname 3 Adresse	4 VG - Verwandtschaftsgrad 5 Beitragsdauer 6 PLZ/Ort		Löhne und Zulagen		
			Lohnart	7 AHV/IV/EO CHF	8 Steuern CHF
1	4		Arbeitslohn	7	8
2	5 von	5 bis	9 Kinderzulagen	_____	9
3	6		10 Total	_____	10

Periode:

Totale					
11 AHV/IV/EO- Lohnsumme	12 FLG- Lohnsumme	13 FAK- Lohnsumme	14 ALV- Lohnsumme	15 Kinder- und Aus- bildungszulagen	16 Steuerpflichtige Lohnsumme

Ich/wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Jahresabrechnung.

Kontaktperson _____

Datum _____

Telefonnummer _____

Email-Adresse _____

Unterschrift _____