

Anmeldung Nichterwerbstätige

1. Personalien

Familiennamen		Vorname	
Versichertennummer	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Nationalität
Aktueller Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft			seit (TT.MM.JJJJ)
Ausländerausweis: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N		Flüchtling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Einreisedatum
Auslandaufenthalt/Weltenbummler <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (von–bis)	Zuzug von	Studienort (von–bis)	

2. Wohnsitz (Steuerdomizil)

Adresszusatz		
Strasse/Nr.	Postfach	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail	
früherer Wohnsitz	bis	

3. Zustelladresse (falls abweichend von Wohnsitz)

Empfänger	Adresszusatz	
Strasse/Nr.	Postfach	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail	

4. Auszahlungsadresse

IBAN (21-stellig) C H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kontoinhaber/in

Wenn die IBAN nicht bekannt ist, bitte nachfolgende Informationen angeben:

Zahlungsweg: <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Post	Postkonto
Bankkonto/Bank	Clearing-Nr./Bank

5. Erwerbstätigkeit (Antragsteller/in)

Datum der Erwerbsaufgabe	Letzter Arbeitgeber	
Waren Sie selbstständig erwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse	
Welches AHV-pflichtige Einkommen haben Sie im Jahr der Erwerbsaufgabe noch erzielt? (CHF) (Arbeitnehmer/in: Bitte Kopie des Lohnausweises beilegen – Selbständige/r: Bitte Kopie der letzten Beitragsverfügung beilegen)		
Üben Sie gegenwärtig noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse	
Sind Sie zurzeit noch als Arbeitnehmer/in tätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständiger Arbeitgeber	
In welchem Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, in Prozent _____ %	Voraussichtliches Jahreseinkommen ca. (CHF)	
Waren Sie nichterwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse	Falls ja, Periode (von–bis)
Beziehen Sie Arbeitslosenentschädigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige Arbeitslosenkasse	
Falls ja, Periode (von–bis)	Höhe der ALV-Taggelder pro Jahr (Leistungsausweis beilegen)? (CHF)	
Beziehen Sie IV-Taggelder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige IV-Stelle	Falls ja, Periode (von–bis)
Höhe der IV-Taggelder pro Jahr (Leistungsausweis beilegen)? (CHF)		

6. Personalien Ehepartner/in

Bitte auch ausfüllen, wenn diese Anmeldung Folge der Scheidung oder Verwitmung ist.

Familiename		Vorname	
Versichertennummer	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Nationalität
Aktueller Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft		seit (TT.MM.JJJJ)	
Ausländerausweis: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N		Flüchtling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Einreisedatum
Auslandaufenthalt/Weltenbummler <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (von–bis)		Zuzug von	Studienort (von–bis)

7. Wohnsitz Ehepartner/in (Steuerdomizil)

Adresszusatz

Strasse/Nr.

Postfach

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

8. Zustelladresse Ehepartner/in (falls abweichend von Wohnsitz)

Empfänger

Adresszusatz

Strasse/Nr.

Postfach

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

9. Auszahlungsadresse Ehepartner/in

IBAN (21-stellig)

C **H**

Kontoinhaber/in

Wenn die IBAN nicht bekannt ist, bitte nachfolgende Informationen angeben:

Zahlungsweg:

Bank Post

Postkonto

Bankkonto/Bank

Clearing-Nr./Bank

10. Erwerbstätigkeit Ehepartner/in

Datum der Erwerbsaufgabe

Letzter Arbeitgeber

Waren Sie selbständig erwerbend?

Ja Nein

Falls ja, zuständige Ausgleichskasse

Welches AHV-pflichtige Einkommen haben Sie im Jahr der Erwerbsaufgabe noch erzielt? (CHF)

(Arbeitnehmer/in: Bitte Kopie des Lohnausweises beilegen – Selbständige/r: Bitte Kopie der letzten Beitragsverfügung beilegen)

Üben Sie gegenwärtig noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus? Ja Nein

Falls ja, zuständige Ausgleichskasse

Sind Sie zurzeit noch als Arbeitnehmer/in tätig?

Ja Nein

Falls ja, zuständiger Arbeitgeber

In welchem Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, in Prozent _____ %		Voraussichtliches Jahreseinkommen ca. (CHF)
Waren Sie nichterwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse	Falls ja, Periode (von–bis)
Beziehen Sie Arbeitslosenentschädigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige Arbeitslosenkasse	
Falls ja, Periode (von–bis)	Höhe der ALV-Taggelder pro Jahr (Leistungsausweis beilegen)? (CHF)	
Beziehen Sie IV-Taggelder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige IV-Stelle	Falls ja, Periode (von–bis)
Höhe der IV-Taggelder pro Jahr (Leistungsausweis beilegen)? (CHF)		

11. Finanzielle Verhältnisse (bei Ehepaaren Gesamtvermögen und gesamtes Renteneinkommen)

Empfangen Sie Leistungen?
 Fürsorgeleistungen (Sozialhilfe) Ergänzungsleistungen

Massgebendes Vermögen
(Kopie des Steuerveranlagungsprotokolls, wenn vorhanden, sonst Kopie der ausgefüllten Steuererklärung)

Bitte deklarieren Sie das gesamte in- und ausländische **Reinvermögen** beider Partner (vor Abzug des Steuerfreibetrages).

Reinvermögen gemäss letzter Steuererklärung Ziffer 470 (CHF)

Hat sich Ihr Vermögen seit dieser Taxation verändert?
 vermindert vermehrt

Um wie viel? (CHF)

Sind im Vermögen Grundstücke und/oder Liegenschaften enthalten?
 Ja Nein

Für die AHV-Beitragsbemessung ist nicht der kantonale amtliche Steuerwert der Liegenschaften oder Grundstücke massgebend, sondern der interkantonale Repartitionswert (Bundessteuerwert). Grund dafür ist die unterschiedliche Bewertung der Liegenschaften durch die Kantone. Die Ausgleichskasse berechnet provisorisch den Repartitionswert aufgrund der ihr zur Verfügung gestellten Unterlagen. Für die definitive Bewertung ist jedoch grundsätzlich der von der zuständigen kantonalen Steuerverwaltung gemeldete Repartitionswert massgebend. Folgende Liegenschaften sind im gemeldeten Reinvermögen enthalten:

Kantonaler Steuerwert/amtlicher Wert/Katasterschätzung: (*G/L = Grundstück/Liegenschaft)	G/L* Nr. 1	G/L* Nr. 2	G/L* Nr. 3
_____	_____	_____	_____

In welchem Kanton befindet sie sich?
(sofern nicht in der Schweiz, Staat aufführen)

Massgebendes Renteneinkommen

Bitte deklarieren Sie Einkünfte (**beider Ehegatten bzw. beider Partner**) für die Zeit ab Beginn der Beitragspflicht als Nichterwerbstätige/r. Unregelmässig ausbezahlte Leistungen (z. B. Unterbrechungen der Auszahlungen oder Veränderungen des Auszahlungsbetrages) sind getrennt aufzuführen.

Nicht zum massgebenden Renteneinkommen gehören:

- Vermögensertrag • Sozialhilfe und Fürsorgeleistungen • Taggelder der Arbeitslosenversicherung
- Leistungen der IV und EO sowie kantonale Ergänzungsleistungen zur AHV und IV
- Familienrechtliche Unterhalts- und Unterstützungsbeiträge, die nicht aufgrund einer Ehescheidung erfolgen

Beziehen Sie ...	Periode (von–bis)	Antragsteller/in CHF pro Monat	Ehepartner/in CHF pro Monat
... eine AHV-Rente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
... eine Pension/Rente von einer Pensionskasse, Stiftung, Gruppen- oder Einzelversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
... eine Überbrückungsrente bis zum Einsetzen der ordentlichen AHV- oder IV-Rente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
... eine Rente der Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
... ausländische Renten (bitte Währung angeben)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
... Taggelder von Krankenkassen und/oder anderen Versicherungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
... Alimente (ohne Unterhaltsbeiträge für Kinder)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
... eine Rente der Militärversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
... Leistungen aus Leibrenten- und Verpfändungsverträgen oder ähnlichen Vereinbarungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Mietwert der unentgeltlich zur Verfügung gestellten Wohnung (ohne Mietwert der eigenen Wohnung)?			
... andere wiederkehrende Leistungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

12. Einzureichende Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Lohnausweise
- Kopie Studienbestätigung
- Kopie Bescheid der Pensionskassen
- Kopie Beitragsverfügung
- Kopie Leistungsausweis
- Kopie Steuerveranlagungsprotokoll/Steuererklärung

13. Bestätigung

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift Partner/in

14. Bestätigung der AHV-Zweigstelle

Die nichterwerbstätige Person ...	Gesuchsteller/in	Ehepartner/in / Partner/in
... ist eigenen Rechts	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... steht unter Vormundschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... bezieht eine IV-Rente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... bezieht Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... hat bei der IV Leistungen beantragt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... ist in der Lage, den Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln zu bestreiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... bezieht Sozialhilfe von _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art und Höhe der Unterstützung _____	CHF _____	CHF _____
... hat die Beitragspflicht erfüllt bis Ende _____	_____	_____
... ist/war Mitglied unserer Kasse als:		
• Selbständigerwerbende/r Referenz-Nr. _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Referenz-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Nichterwerbstätige/r Referenz-Nr. _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Referenz-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• ANobAG Referenz-Nr. _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Referenz-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die Höhe des gesamten Vermögens inkl. Liegenschaften (Ziffer 470):

Vermögen in CHF	Stichtag
_____	_____

Die obigen Angaben wurden geprüft und als richtig befunden.

Ort und Datum	Unterschrift der AHV-Zweigstelle/Stempel
_____	_____

Stellungnahme des Gemeinderates zur Frage des Beitragserlasses*

Der Gemeinderat der Wohnsitzgemeinde erachtet den Erlass des AHV/IV/EO-Beitrages für

Herrn/Frau _____ in der Zeit vom _____ bis _____ für angezeigt.

Ort und Datum	Namens des Gemeinderates:
_____	Der Präsident
	Der Schreiber

* Bemerkung betreffend Beitragserlass: Versicherten, für welche die Bezahlung des Beitrages eine grosse Härte bedeuten würde, kann dieser Antrag des Gemeinderates der Wohnsitzgemeinde erlassen werden. Im Erlassfall hat an Stelle des Versicherten der Wohnsitzkanton den Beitrag zu bezahlen. Ein Härtefall liegt vor, wenn der/die Versicherte Sozialhilfe bezieht. Versicherte, die keine Sozialhilfe beziehen, haben als Beilage zu dieser Anmeldung ein besonderes Erlassgesuch unter Darlegung der wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse einzureichen.