

Anmeldung Nichterwerbstätige

1. Grund der Anmeldung

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vorzeitige Pensionierung | <input type="checkbox"/> Aussteuerung Arbeitslosenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in einer/eines Pensionierten | <input type="checkbox"/> Zuzug (von/per wann) _____ |
| <input type="checkbox"/> Scheidung/Verwitwung | <input type="checkbox"/> Einreise (per wann) _____ |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsaufgabe Ehepartner | <input type="checkbox"/> Auslandsreise (von/bis) _____ |
| <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung | <input type="checkbox"/> Studium (von/bis/Ort) _____ |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähig oder Invalidität | <input type="checkbox"/> anderer: _____ |

2. Personalien

Gesuchsteller/in

- Herr
 Frau

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer (13-stellig)
756.

Aktueller Zivilstand: ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet
 eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft

Ausländerausweis:

B C F* G L N

Einreisedatum

*Bei Ausländerausweis F **zwingend** Kopie beilegen

Ehepartner/in

- Herr
 Frau

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer (13-stellig)
756.

seit (TT.MM.JJJJ)

Ausländerausweis:

B C F* G L N

Einreisedatum

3. Adressen

Gesuchsteller/in

Strasse/Nr.

Postfach

Adresszusatz

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Ehepartner/in

Strasse/Nr.

Postfach

Adresszusatz

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Zustelladresse

(Nur ausfüllen, wenn Postzustellung an Dritte. Zwingend Vollmacht beilegen.)

Name	Vorname
Adresszusatz	Postfach
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Geburtsdatum	

Zahlungsverbindung (für allfällige Rückzahlungen)

Konto Gesuchsteller/in IBAN (21-stellig)	
<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kontoinhaber/in	
Konto Ehepartner/in IBAN (21-stellig)	
<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kontoinhaber/in	

4. Fragen zur AHV-Beitragspflicht (Gesuchsteller/in)**4.1 Fragen zur unselbständigen Erwerbstätigkeit**

Sind Sie zurzeit noch als Arbeitnehmer/in tätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, Arbeitgeber/Arbeitspensum/Jahreseinkommen angeben
Falls nein, Datum der Erwerbsaufgabe	Letzter Arbeitgeber

4.2 Fragen zur selbständigen Erwerbstätigkeit

Waren Sie selbständig erwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse
Üben Sie gegenwärtig noch eine selbständige Tätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse
In welchem Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, in Prozent _____ %	Voraussichtliches Jahreseinkommen ca. (CHF)

4.3 Weitere Angaben

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)		
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 <input type="checkbox"/> Ausgesteuert per _____	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 und Höhe/Tag	Falls ja, Periode (von – bis)

5. Fragen zur AHV-Beitragspflicht Ihres Ehepartners

5.1 Fragen zur unselbständigen Erwerbstätigkeit

Ist sie/er zurzeit noch als Arbeitnehmer/in tätig?

Ja Nein

Falls ja, Arbeitgeber/Arbeitspensum/Jahreseinkommen angeben

Falls nein, Datum der Erwerbsaufgabe

Letzter Arbeitgeber

5.2 Fragen zur selbständigen Erwerbstätigkeit

War sie/er selbständig erwerbend?

Ja Nein

Falls ja, zuständige Ausgleichskasse

Übt sie/er gegenwärtig noch eine selbständige Tätigkeit aus?

Ja Nein

Falls ja, zuständige Ausgleichskasse

In welchem Umfang übt sie/er Ihre Tätigkeit aus?

Vollzeit Teilzeit, in Prozent _____ %

Voraussichtliches Jahreseinkommen ca. (CHF)

5.3 Weitere Angaben

Welches AHV-pflichtige Einkommen hat sie/er im Jahr der Erwerbsaufgabe noch erzielt? (CHF)

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

War sie/er nichterwerbstätig?

Ja Nein

Falls ja, zuständige Ausgleichskasse

Falls ja, Periode (von – bis)

Bezieht sie/er Arbeitslosenentschädigung?

Ja Nein Ausgesteuert per _____

Falls ja, zuständige Arbeitslosenkasse

Falls ja, Periode (von – bis)

Höhe der ALV-Taggelder pro Jahr (Leistungsausweis beilegen)? (CHF)

Beziehen sie/er IV-Taggelder?

Ja Nein

Falls ja, zuständige IV-Stelle und Höhe/Tag

Falls ja, Periode (von – bis)

6. Finanzielle Verhältnisse

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

Reinvermögen gemäss letzter Steuererklärung Ziffer 470 (CHF)

Beziehen Sie ...	Periode von	Periode bis	Gesuchsteller/in CHF pro Monat	Ehepartner/in CHF pro Monat
... eine AHV-Rente (Alters-/Witwen-/Witwerrente)?				
... eine Pension/Rente von einer Pensionskasse, Stiftung, Gruppen- oder Einzelversicherung?				
... eine Überbrückungsrente bis zum Einsetzen der ordentlichen AHV- oder IV-Rente?				
... eine Rente der Unfallversicherung?				
... ausländische Renten (bitte Währung angeben)?				
... Taggelder von Krankenkassen und/oder anderen Versicherungen?				
... Alimente (ohne Unterhaltsbeiträge für Kinder)?				
... eine Rente der Militärversicherung?				
... Leistungen aus Leibrenten- und Verpfändungsverträgen oder ähnliches?				

7. Einzureichende Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Lohnausweise/Abrechnungen der Arbeitslosenversicherung
- Kopie Rentenentscheid der Pensionskasse/Ausgleichskasse
- Kopie Steuerveranlagungsprotokoll
- Kopie Ausweise von Leistungen der Krankenversicherung/Unfallversicherung
- Kopie Studienbescheinigung

8. Bestätigung

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift Gesuchsteller/in

Unterschrift Ehepartner/in

Die Anmeldung ist der **AHV-Zweigstelle Ihrer Wohngemeinde** einzureichen.

9. 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 Beistandschaft	<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
... hat die Beitragspflicht erfüllt bis Ende _____	_____	_____

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

Reinvermögen in CHF	Stichtag
---------------------	----------

Die obigen Angaben wurden geprüft und als richtig befunden.

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

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/Die Präsident/in
	Der/Die Schreiber/in