



## Abklärung der AHV/IV/EO-Beitragspflicht

### 1. Personalien

Antragsteller/in	Ehepartner/in bzw. eingetragene/r Partner/in
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Versichertennummer (AHV) 7 5 6	7 5 6
PLZ/Ort (gemeldeter Wohnsitz)	
Strasse, Nr.	
Telefon	
E-Mail	
Zivilstand seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend (bitte Adresse Partner/in angeben)

### 2. Renteneinkommen

Antragsteller/in		Ehepartner/in bzw. eingetragene/r Partner/in	
Anspruch ab	monatlicher Betrag in CHF	Anspruch ab	monatlicher Betrag in CHF
Altersrenten Pensionskasse (2.Säule)			
Überbrückungsrente Pensionskasse (2.Säule)			
AHV-Rente (1. Säule, ohne IV-Rente)			
Rente Unfallversicherung			
Renten aus dem Ausland			
Taggelder (SUVA, Krankenkasse usw.)			
Alimente (ohne Kinder-Alimente)			
Übrige Renten (Leibrenten, Lebensversicherungen usw.)			

### 3. Erwerbstätigkeit

Antragsteller/in	Ehepartner/in bzw. eingetragene/r Partner/in
Letzter besoldeter Tag (Kopie aller Lohnbelege/Lohnabrechnungen beilegen) _____ Letzte/r Arbeitgeber/in _____	_____ _____
Erzielen Sie in Zukunft Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder sind Sie weiterhin erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Ja, als Selbstständigerwerbende/r (Kopie der Beitragsverfügung der zuständigen Ausgleichskasse beilegen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Ja, als Selbstständigerwerbende/r (Kopie der Beitragsverfügung der zuständigen Ausgleichskasse beilegen)
Arbeitspensum (in Prozent) <input type="checkbox"/> Vollzeit (100 %) <input type="checkbox"/> Teilzeit _____%	<input type="checkbox"/> Vollzeit (100 %) <input type="checkbox"/> Teilzeit _____%
Jahreseinkommen CHF _____	CHF _____
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? (Bitte Verfügung bzw. Berechnung beilegen) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____
Beziehen Sie Arbeitslosenentschädigung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Kopie der Abrechnung beilegen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Kopie der Abrechnung beilegen)
Sind Sie als Nichterwerbstätiger bei einer anderen Ausgleichskasse angeschlossen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Kopie der Anschlussbestätigung beilegen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Kopie der Anschlussbestätigung beilegen)

### 4. Vermögen (gesamtes in- und ausländisches Nettovermögen vor Sozialabzug)

Reinvermögen CHF _____	Stichtag _____		
Besitzen Sie Grundstücke und/oder Liegenschaften? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Amtlicher Wert	Kanton	Landwirtschaftliche Nutzung
Liegenschaft 1	CHF _____		<input type="checkbox"/>
Liegenschaft 2	CHF _____		<input type="checkbox"/>
Liegenschaft 3	CHF _____		<input type="checkbox"/>

### 5. Zahlungsverbindung (für die Rückerstattung von allfälligen Guthaben)

Name und Adresse der Bank
IBAN CH _____
Bank- /Postkonto

### 6. Bemerkungen

--

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in
------------	-------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Partner/in
------------	-------------------------