

AHV-Beitragspflicht: 5ba YXi b[für Nichterwerbstätige

Ausgleichskasse IV-Stelle Obwalden

Hinweis zum Ausfüllen des Formulars:

Bitte lesen Sie das Formular genau durch und beantworten Sie alle Fragen vollständig. Falls Sie verheiratet sind oder in einer eingetragenen Partnerschaft leben, muss die Anmeldung auch von Ihrer Partnerin, Ihrem Partner ausgefüllt werden (Fragen 2, 5-10). Schicken Sie die unterschriebene Anmeldung und alle erforderlichen Unterlagen an die Ausgleichskasse Obwalden.

Ausgleichskasse

1 Antragstellerin, Antragsteller

Personalien

Name

Name vor Heirat

Vorname

Geschlecht
 weiblich männlich

Geburtsdatum

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Seit wann wohnen Sie an dieser Adresse?

Zugezogen von

Ausländische Personen

Aufenthaltsbewilligung seit

Einreisedatum in die Schweiz

Zivilstand

ledig verwitwet
 verheiratet geschieden
 in eingetragener Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft
 gerichtlich getrennt

seit

2 Ehepartnerin, Ehepartner

Personalien

Name

Name vor Heirat

Vorname

Geschlecht
 weiblich männlich

Geburtsdatum

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Seit wann wohnen Sie an dieser Adresse?

Zugezogen von

Ausländische Personen

Aufenthaltsbewilligung seit

Einreisedatum in die Schweiz

3 Grund Ihrer Anmeldung

- vorzeitige Pension
- Krankheit / Unfall
- ausgesteuert bei der Arbeitslosenversicherung
- vollumfängliche Unterstützung durch Sozialamt
- Bezug von Ergänzungsleistungen
- Hausfrau / Hausmann (wenn ja: Punkt 4 leer lassen)
- Studium

Ort: _____

von _____ bis _____

- Reisen

von _____ bis _____

- andere: _____

von _____ bis _____

4 Wie haben Sie zuletzt AHV-Beiträge bezahlt?

Als

- Arbeitnehmerin, Arbeitnehmer
- Selbständigerwerbende, Selbständigerwerbender
- Nichterwerbstätige, Nichterwerbstätiger
- ALV-Bezügerin, ALV-Bezüger
- Studentin, Student

von _____ bis _____

bei wem?

Arbeitgeber/Ausgleichskasse/Lehranstalt

Gesamtbruttolohn im Jahr der Erwerbsaufgabe
(Bitte Lohnausweise bzw. letzte Beitragsverfügung beilegen)

CHF _____

5 Wie zahlt Ihre Ehepartnerin, Ihr Ehepartner AHV-Beiträge?

- nicht erwerbstätig
- Hausfrau / Hausmann
- arbeitslos (Kopie Abrechnungen)

- Arbeitnehmerin / Arbeitnehmer (Bitte Kopie des Lohnausweises oder der Lohnabrechnung vom In- und Ausland beilegen)

seit _____

- selbständigerwerbend (Bitte Kopie der letzten Beitragsverfügung beilegen)

6 Konto für Rückzahlungen

Auf welches Bank- oder Postkonto können wir ein allfälliges Guthaben überweisen?

1 Antragstellerin, Antragsteller

Kontonummer IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

2 Ehepartnerin, Ehepartner

Kontonummer IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

7 Zustelladresse

Zustelladresse für Rechnungen und Korrespondenzen, bitte eine Adresse in der Schweiz (bei Drittpersonen bitte Vollmacht unter Punkt 9 unterschreiben oder Ernennungsurkunde beilegen)

Name, Vorname/Firma

Strasse

PLZ, Ort

8 Art des Vermögens / Ersatzeinkommens zur Beitragsfestsetzung

- Reinvermögen am 31. Dezember des Vorjahres: (Gemäss Ziffer 27 der Steuererklärung)

Es ist das gesamte in- und ausländische Vermögen (inkl. Vermögen der Ehepartnerin / des Ehepartners und der Kinder) zu deklarieren
Davon Steuerwert Liegenschaften
(Hinweis: Liegenschaften werden mit dem interkantonalen Repartitionswert bewertet.)

| | |
|--------|-----|
| Jahr | CHF |
| Kanton | CHF |

Tatsächliche Bruttoeinkünfte

- Alters- oder Hinterlassenenrente der AHV (inkl. Zusatzrente für Kinder)

| | | | |
|-------------------------------|-----|-----|--------------|
| Antragstellerin/Antragsteller | von | bis | CHF pro Jahr |
| Ehepartnerin/Ehepartner | von | bis | CHF pro Jahr |

- Alters- oder Hinterlassenen- oder Invalidenrente der Pensionskasse (inkl. Überbrückungs- und Kinderrenten)

| | | | |
|-------------------------------|-----|-----|--------------|
| Antragstellerin/Antragsteller | von | bis | CHF pro Jahr |
| Ehepartnerin/Ehepartner | von | bis | CHF pro Jahr |

- Unfall- oder Krankentaggelder von Arbeitgebenden oder Versicherungen

| | | | |
|-------------------------------|-----|-----|--------------|
| Antragstellerin/Antragsteller | von | bis | CHF pro Jahr |
| Ehepartnerin/Ehepartner | von | bis | CHF pro Jahr |

- Rente der Unfall- oder Militärversicherung (inkl. Kinderrenten)

| | | | |
|-------------------------------|-----|-----|--------------|
| Antragstellerin/Antragsteller | von | bis | CHF pro Jahr |
| Ehepartnerin/Ehepartner | von | bis | CHF pro Jahr |

- Unterhaltsleistungen von Geschiedenen (ohne Kinderalimente)

| | | | |
|-------------------------------|-----|-----|--------------|
| Antragstellerin/Antragsteller | von | bis | CHF pro Jahr |
|-------------------------------|-----|-----|--------------|

- Andere wiederkehrende Leistungen (z. B. Renten von ausländischen Sozialversicherungen, Überbrückungsrenten des ehemaligen Arbeitgebers, etc.)

| | | | |
|-------------------------------|-----|-----|--------------|
| Antragstellerin/Antragsteller | von | bis | CHF pro Jahr |
| Ehepartnerin/Ehepartner | von | bis | CHF pro Jahr |

Kopien der Renten- und Taggeldabrechnungen sind beizulegen

9 Vollmacht

Ich erteile der nachstehenden Person / Institution (Sozialhilfestelle, Sozialamt, Fürsorgebehörde usw.) die Vollmacht, meine Interessen in Bezug auf die AHV/IV/EO-Beiträge gegenüber der Ausgleichskasse Obwalden, wahrzunehmen. Ich befreie die Ausgleichskasse Obwalden von der gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der bevollmächtigten Behörde in Beitragsfragen Auskunft zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren sowie ihr Mitteilungen, Verfügungen und Rechnungen zuzustellen.

1 Antragstellerin, Antragsteller

Ort und Datum

Unterschrift der Antragstellerin, des Antragstellers
(Person unter Punkt 1)

Adresse der bevollmächtigten Person / Institution

Name, Vorname/Institution

Geburtsdatum

Strasse

PLZ, Ort

2 Ehepartnerin, Ehepartner

Ort und Datum

Unterschrift der Ehepartnerin, des Ehepartners
(Person unter Punkt 2)

Adresse der bevollmächtigten Person / Institution

Name, Vorname/Institution

Geburtsdatum

Strasse

PLZ, Ort

10 Bestätigung

Bitte kontrollieren Sie, ob alle verlangten Abschnitte ausgefüllt sind.

Ort und Datum

Unterschrift der Antragstellerin, des Antragstellers

Unterschrift der Ehepartnerin, des Ehepartners

Beilagen

- Renten- und Taggeldabrechnungen
- Lohnausweise
- Kopie Beitragsverfügung Selbständigkeit
- Kopie der Steuererklärung (alle 4 Seiten)
- Studienbescheinigung/Immatrikulationsbestätigung

Weitere Informationen finden Sie unter www.akow.ch (Merkblätter 2.03, 2.10).

• Weiteres Vorgehen

Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular an folgende Adresse:

Ausgleichskasse Obwalden
Postfach
6061 Sarnen

Bitte nicht bostitchen und keine Büroklammern verwenden