

**Ausgleichskasse
IV-Stelle
Obwalden**

**Bitte ausgefüllt
zurücksenden an:**

Genauere Firmenadresse:

Ausgleichskasse Obwalden
Postfach
6061 Sarnen

- Abrechnungsnummer (xxx.xxx)

**LohnXY_`UfUjcb für das Jahr` _____ :
Korrektur/Nachtrag**

**Betroffene Versicherte bitte auf Seite 2
einzeln auflühren**

- Bitte melden Sie uns mit diesem Formular Korrekturen und Nachträge zu Ihren oder unseren Gunsten zu bereits eingereichten LohnXY_`UfUjcb"

Kein Anlass für einen Nachtrag sind Boni und Gewinnbeteiligungen, die erst im Folgejahr ausbezahlt werden. Solche Zahlungen sind in der LohnXY_`UfUjcb des Auszahlungsjahres zum beitragspflichtigen Lohn zu addieren.

Reichen Sie dieses Formular bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet der Ausgleichskasse Obwalden ein. Wir danken Ihnen für die Mitarbeit.

Kontaktperson

Telefonnummer

Bemerkungen

Firma	
Abrechnungsnummer (xxx.xxx)	Betrifft LohnXY_UFUHcb (Jahr)

1 AHV-Nummer (gemäss AHV-Ausweis: 756.xxxx.xxxx.xx)	2 Name und Vorname der/des Versicherten		Beschäftigt		Beitragspflichtiger Lohn
	3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	4 Geschlecht (w, m)	von	bis	
1	2				Gemäss eingereichter LohnXY_UFUHcb
	3	4			Effektiver Lohn
Grund für Nachtrag oder Korrektur:					
Auszahlungsjahr: <input type="checkbox"/> nicht im Kanton Obwalden FAK-beitragspflichtig					Differenz

1 AHV-Nummer (gemäss AHV-Ausweis: 756.xxxx.xxxx.xx)	2 Name und Vorname der/des Versicherten		Beschäftigt		Beitragspflichtiger Lohn
	3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	4 Geschlecht (w, m)	von	bis	
1	2				Gemäss eingereichter LohnXY_UFUHcb
	3	4			Effektiver Lohn
Grund für Nachtrag oder Korrektur:					
Auszahlungsjahr: <input type="checkbox"/> nicht im Kanton Obwalden FAK-beitragspflichtig					Differenz

1 AHV-Nummer (gemäss AHV-Ausweis: 756.xxxx.xxxx.xx)	2 Name und Vorname der/des Versicherten		Beschäftigt		Beitragspflichtiger Lohn
	3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	4 Geschlecht (w, m)	von	bis	
1	2				Gemäss eingereichter LohnXY_UFUHcb
	3	4			Effektiver Lohn
Grund für Nachtrag oder Korrektur:					
Auszahlungsjahr: <input type="checkbox"/> nicht im Kanton Obwalden FAK-beitragspflichtig					Differenz

**Bestätigung der Arbeitgeberin, des
 Arbeitgebers**

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben
 bestätigt die Arbeitgeberin, der Arbeitgeber

Ort und Datum

Unterschrift der Arbeitgeberin, des Arbeitgebers