sozialversicherungen glarus
ausgleichskasse iv-stelle familienausgleichskasse
burgstrasse 6 tel. 055 648 11 11
8750 glarus fax 055 648 11 99
info@svgl.ch www.svgl.ch

A

Fragebogen zur Abklärung der Beitragspflicht AHV/IV/EO/ALV für
Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANobAG)

Angaben zum Geschäftssitz der Person

Name / Vorname _____

Erwerbszweig (Branche) _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ AHV-Nr _____

Zivilstand ❑ ledig ❑ verheiratet ❑ verwitwet ❑ geschieden

seit _____

Nationalität _____

Telefon-Nr. _____

Privatadresse
Wenn abweichend gegenüber Geschäftssitz

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Erwerbssituation

Datum der Erwerbsaufnahme _____

Wie hoch schätzen Sie Ihr mutmassliches Reineinkommen für die ersten 12 Monate? Fr. _____

Dies ist mein ❑ Haupterwerb ❑ Nebenerwerb

Meine andere Erwerbsart ist _____

Wo haben Sie zuletzt AHV/IV/EO-Beiträge bezahlt?

Als Arbeitnehmer bei _____

bis _____

Als Selbständigerwerbender / Teilhaber / NE bei der Ausgleichskasse _____

bis _____

unter der Adresse _____

Wohin können wir Ihnen allfällige Guthaben überweisen?

IBAN Rückzahlungskonto | C | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

An wen sind die Rechnung, Verfügungen etc. zuzustellen?

_____

_____

Beschäftigen Sie private, AHV-pflichtige Hausangestellte? ❑ ja ❑ nein

Wenn ja, wieviele? _____

Monatlicher Bar- / Naturallohn _____

Angaben zu Ihrem Arbeitgeber

Adresse des Arbeitgebers _____

_____

_____

_____

Jahreseinkommen _____

Jahresspesen _____

Bemerkungen, Erfassungsbestätigung und Unterschrift

Bemerkungen: _____

_____

❑ Bitte stellen Sie mir nach Prüfung der Unterlagen eine Bestätigung zu, dass ich bei Ihrer Ausgleichskasse als Selbständigerwerbende(r) angeschlossen bin.

Dieser Fragebogen wurde wahrheitsgetreu ausgefüllt

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

Vollmachten

Ich erteile bis auf Widerruf der nachstehenden Vertretung (Person, Anwalt, Treuhandbüro usw.) die Vollmacht, meine Interessen in Bezug auf die AHV/IV/EO-Beiträge gegenüber den Sozialversicherungen Glarus, Ausgleichskasse, wahrzunehmen. Ich befreie die Sozialversicherungen Glarus von der gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der bevollmächtigten Vertretung

- ❑ in Beitragsfragen Auskunft zu erteilen
- ❑ Akteneinsicht zu gewähren
- ❑ Mitteilungen zuzustellen
- ❑ Verfügungen zuzustellen
- ❑ Rechnungen zuzustellen

Name/Adresse der bevollmächtigten Vertretung:

_____

_____

_____

Die Vollmachten erteilt:	Datum	Unterschrift
	_____	_____