Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Finanzdepartement EFD
Zentrale Ausgleichsstelle ZAS
Eidgenössische Ausgleichskasse EAK

AHV AVS AI IV

EO-Zusatzblatt bei mehreren Erwerbsquellen (internes Formular)

Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen ☒

Zusatzangaben für Entschädigungsberechtigte mit mehreren Erwerbsquellen. Die folgenden Angaben werden zur Berechnung und Auszahlung der EO-Entschädigungen benötigt.

Angaben des Dienstleistenden

Name, Vorname			
Adresse, Plz, Ort			
Geburtsdatum		Versicherten-Nr.	
Einrückungsdatum			

Arbeitgeber	

AHV-beitragspflichtiger Lohn vor dem Einrücken bzw. Lohn der letzten Bestätigung

Die Dienstleistende Person ist beschäftigt im

☐ Monatslohn (ohne Naturallohn) CHF

☐ Stundenlohn:

Letzter Stundenlohn bei _____ Std je Woche (ohne Ferienentschädigung) CHF

☐ anders entlöhnt

Übrige Vergütungen: ☐ Stunde ☐ Monat ☐ Jahr ☐ 4 Wochen CHF

Naturallohn/Globallohn: ☐ Stunde ☐ Monat ☐ Jahr ☐ 4 Wochen CHF

War die Dienstleistende Person in den letzten 12 Monaten vor dem Einrücken durchgehend bei Ihnen beschäftigt?

☐ ja ☐ nein vom _____ bis _____

Sofern die Dienstleistende Person starke Schwankungen im Einkommen vor dem Einrücken hatte, so ist das Einkommen der letzten 12 Monate vor dem Einrücken anzugeben:

AHV-beitragspflichtiges Einkommen für die dem Einrücken vorangehenden 12 Monate (ohne UV- oder KV-Taggelder)			Krankheits- oder unfallbedingte Absenzen: Bezeichnen Sie die Absenzen mit K = Krankheit / U = Unfall	
Jahr	20	20	vom	bis
Januar				
Februar				
März				
April				
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Dezember				

Richten Sie während der Dienstleistung Lohnfortzahlungen aus?

☐ Nein ☐ ja CHF _____ bzw. ____ % des AHV-pflichtigen Lohns vor dem Einrücken

Bis wann richten Sie die Lohnfortzahlung aus? von _____ bis _____

Wünschen Sie die Auszahlung durch die Ausgleichskasse an ☐ den Arbeitgeber?
☐ die Dienstleistende Person direkt?

Zahlungsverbindungen des Arbeitgebers

Abrechnungsnummer des Arbeitgebers

Kontaktperson	Telefon-Nr. / E-Mail

Datum	Unterschrift