

Anmeldung zum vereinfachten Abrechnungsverfahren für Sozialversicherungsbeiträge und Steuern



A	<p>Voraussetzungen für die Teilnahme im vereinfachten Abrechnungsverfahren</p> <p>Ab dem 1. Januar 2018 können Kapitalgesellschaften (AG, GmbH) und Genossenschaften nicht mehr über das vereinfachte Verfahren abrechnen. Dasselbe gilt für Arbeitgebende, welche Ehegatten und Kinder beschäftigen. Im vereinfachten Abrechnungsverfahren werden die Sozialversicherungsbeiträge für AHV/IV/EO/ALV und FAK sowie die Quellensteuer von 5 % entrichtet.</p> <p>Für die Abrechnung im vereinfachten Abrechnungsverfahren müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Jahreslohn pro Arbeitnehmer/in darf den Grenzbetrag für den Eintritt in die obligatorische berufliche Vorsorge nicht übersteigen. - Die gesamte jährliche Lohnsumme des Betriebes darf den doppelten Betrag der maximalen jährlichen Altersrente der AHV nicht übersteigen. - Der Arbeitgeber muss die Löhne des gesamten Personals im vereinfachten Verfahren abrechnen. - Die Jahresabrechnung muss fristgerecht eingereicht und die Beiträge müssen pünktlich bezahlt werden. <p>01 Fällt eine dieser Voraussetzungen weg, erfolgt der Ausschluss aus dem vereinfachten Verfahren.</p>																			
B	<p>Angaben zum Arbeitgeber</p> <p>Ab wann wünschen Sie die Abrechnung im vereinfachten Verfahren? _____</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum: _____ Vers.-Nr.: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td></tr></table></p> <p>Erwerbszweig / Branche _____</p> <p>Strasse / Nr. _____</p> <p>Postfach _____</p> <p>02 PLZ / Ort _____</p>	7	5	6									
7	5	6											
03	<p><u>Zustelladresse für Postsendungen</u> (nur wenn von obiger Adresse abweichend – Vollmacht beilegen)</p> <p>Name, Vorname / Firma _____</p> <p>Strasse / Nr. _____</p> <p>Postfach _____</p> <p>PLZ / Ort _____</p>																			
C	<p>Wohin können allfällige Guthaben überwiesen werden?</p> <p>Postcheckkonto: _____</p> <p>IBAN Nr.: CH <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">.</td></tr></table></p> <p>Bankadresse: _____</p> <p>04 Zahlung mittels Lastschriftverfahren erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kontoinhaber: _____</p>
.		
D	<p>Weitere Fragen zum Arbeitgeber</p> <p><u>Verbands- und Ausgleichskassenmitgliedschaft</u></p> <p>Sind Sie einem Berufsverband angeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welchem? _____</p> <p>Sind Sie einer Ausgleichskasse angeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>05 Wenn ja, welcher? _____</p>																			
06	<p><u>Unfallversicherung (UVG)</u></p> <p>Haben Sie Ihre Mitarbeitenden bei einer Versicherungsgesellschaft gegen Unfall versichert?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>06 Wenn nein, müssen wir Sie bei der Ersatzkasse UVG, Postfach, 8048 Zürich anmelden.</p>																			

E 07	Personal im Zeitpunkt der Anmeldung <u>Arbeitnehmer/in</u> Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Vers.-Nr.: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">.</td> </tr> </table> beschäftigt seit: _____	7	5	6
7	5	6		
F 08	Bestätigung und Unterschrift Wir bestätigen, diesen Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt und von den Voraussetzungen für die Abrechnung im vereinfachten Verfahren Kenntnis genommen zu haben. _____ Ort und Datum Unterschrift																				
09	<u>Kontaktperson für Rückfragen</u> Name, Vorname: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____																				
10	<u>Beilagen</u> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____																				