

AHV-Beitragspflicht:
**Fragebogen für
nichterwerbstätige Asylsuchende
gemäss Art. 14 Abs. 2^{bis} AHVG
bzw. anerkannte Flüchtlinge**

SVA Zürich

Ausgleichskasse

Sozialversicherungsanstalt
des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
Tel 044 448 50 00, Fax 044 448 55 55
www.svazurich.ch, info-ahv@svazurich.ch

1 Personalien

Name

Name vor Heirat

Vorname

Geschlecht

weiblich männlich

Geburtsdatum

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

Falls Sie keine AHV-Nummer besitzen, verlangen Sie bei der AHV-Zweigstelle oder der SVA Zürich ein Anmeldeformular.

Zivilstand

ledig verheiratet verwitwet in eingetragener Partnerschaft geschieden gerichtlich getrennt aufgelöste Partnerschaft

seit

2 Privatadresse (zivilrechtlicher Wohnsitz)

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Seit wann wohnen Sie an dieser Adresse?

Zugezogen von

Datum der Einreise in die Schweiz

Ausländische Personen

Aufenthaltsbewilligung seit

3 Bisherige/gegenwärtige Tätigkeit und AHV-Abrechnung

1 Seit wann sind Sie nicht mehr erwerbstätig?

Datum

Grund

Bis wann haben Sie AHV-Beiträge bezahlt?

Datum

Arbeitgeberin, Arbeitgeber

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

CHF

Zusatzfragen für Ehepartnerinnen,
Ehepartner von verheirateten
Personen

z1 Personalien

Name

Name vor Heirat

Vorname

Geburtsdatum

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

Falls Sie keine AHV-Nummer besitzen, verlangen Sie bei der AHV-Zweigstelle oder der SVA Zürich ein Anmeldeformular.

verheiratet seit

Zugezogen von

Datum der Einreise in die Schweiz

Ausländische Personen

Aufenthaltsbewilligung

seit

z2 Erwerbstätigkeit

Sind Sie erwerbstätig?

ja

Arbeitnehmerin, Arbeitnehmer:

Brutt Jahreslohn

(Bitte Kopie des Lohnausweises oder der Lohnabrechnung beilegen)

CHF

nein

Seit wann sind Sie nichterwerbstätig?

4 Rückzahlungsverbindung

Auf welches Bank- oder Postkonto soll die SVA Zürich Ihnen ein allfälliges Guthaben überweisen?

Kontonummer IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

5 Vollmacht

- Wenn Sie Sozialhilfe beziehen, unterschreiben Sie bitte diese Erklärung.

Ich (die eingangs genannte Person) erteile der nachstehenden Behörde (Sozialhilfestelle, Sozialamt, Fürsorgebehörde usw.) die Vollmacht, meine Interessen in Bezug auf die AHV/IV/EO-Beiträge gegenüber der SVA Zürich, Ausgleichskasse, wahrzunehmen. Ich befreie die SVA Zürich 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.

Untenstehende Adresse gilt zugleich als Zustelladresse

Ort und Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers

Adresse der bevollmächtigten Behörde

Name, Vorname/Institution

Strasse

PLZ, Ort

6 Gesuch um Erlass/Übernahme der Mindestbeiträge

Nein

Ja

Hiermit ersuche(n) ich/wir um Erlass/Übernahme der geschuldeten AHV/IV/EO-Mindestbeiträge.

Ort und Datum

Unterschrift der Antragstellerin, des Antragstellers

Unterschrift der Ehepartnerin, des Ehepartners

Beilagen

Asylentscheid

Falls Versicherungsfall:

- Anmeldung für eine Altersrente

- Anmeldung für Berufliche Integration/IV-Rente

• Weiteres Vorgehen

Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular inkl. Beilage(n) an folgende Adresse:

Kantonales Sozialamt
Rechtsdienst
Postfach
8090 Zürich

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.svazurich.ch (Merkblatt 2.03).