

Ausgleichskasse

IV-Stelle

Obwalden

Bitte ausgefüllt
zurücksenden an:

Genaue Adresse:

Ausgleichskasse Obwalden
Postfach
6061 Sarnen

Vereinfachte AHV-Abrechnung
mit Steuerabzug:
Lohnbescheinigung 2016

Ausgleichskasse/IV-Stelle Obwalden
Brünigstrasse 144, 6060 Sarnen
Tel 041 666 27 50, Fax 041 666 27 51
www.akow.ch, info@akow.ch

► Abrechnungsnummer (xxx.xxx)

1 Einleitung

Bitte beachten Sie die **Anleitung** zum Ausfüllen der Lohnbescheinigung. Dort finden Sie die Erklärungen zu den Codes in den einzelnen Feldern. Reichen Sie die Lohnbescheinigung vollständig ausgefüllt und unterzeichnet der Ausgleichskasse Obwalden ein. Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen.

Für allfällige Rückfragen zu Ihren Angaben bitten wir Sie, hier eine Kontaktperson anzugeben:

Kontaktperson

Telefonnummer

Bemerkungen

Es handelt sich um einen Landwirtschaftsbetrieb.

2 Arbeitnehmende (Bitte in den folgenden Zeilen einzeln auflühren)

1	AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht (w, m)	Code*	Beschäftigungsdauer von	bis
	Name, Vorname			* A, AB, oder B (nur in besonderen Fällen)	Beitragspflichtiger Lohn	
	Strasse					
	PLZ / Ort					

▶ Abrechnungsnummer (xxx.xxx)

2	AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht (w, m)	Code*	Beschäftigungsdauer von	bis
Name, Vorname				* A, AB, oder B (nur in besonderen Fällen)	Beitragspflichtiger Lohn	
Strasse						
PLZ / Ort						

3	AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht (w, m)	Code*	Beschäftigungsdauer von	bis
Name, Vorname				* A, AB, oder B (nur in besonderen Fällen)	Beitragspflichtiger Lohn	
Strasse						
PLZ / Ort						

4	AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht (w, m)	Code*	Beschäftigungsdauer von	bis
Name, Vorname				* A, AB, oder B (nur in besonderen Fällen)	Beitragspflichtiger Lohn	
Strasse						
PLZ / Ort						

3 Total Lohnsummen

AHV-pflichtig	FAK-pflichtig	ALV1-pflichtig	Leer lassen
---------------	---------------	----------------	-------------

4 Bestätigung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers

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

Es wurden keine beitragspflichtigen Löhne ausbezahlt.

Ort und Datum

Unterschrift