

**Ausgleichskasse
IV-Stelle
Obwalden**

**Bitte ausgefüllt
zurücksenden an:**

Genauere Firmenadresse:

Ausgleichskasse Obwalden
Postfach
6061 Sarnen

- Abrechnungsnummer (xxx.xxx)

**Lohnbescheinigung für das Jahr _____:
Korrektur/Nachtrag**

**Betroffene Versicherte bitte auf Seite 2
einzeln auflühren**

- Bitte melden Sie uns mit diesem Formular Korrekturen und Nachträge zu Ihren oder unseren Gunsten zu bereits eingereichten Lohnbescheinigungen.

Kein Anlass für einen Nachtrag sind Boni und Gewinnbeteiligungen, die erst im Folgejahr ausbezahlt werden. Solche Zahlungen sind in der Lohnbescheinigung des Auszahlungsjahres zum beitragspflichtigen Lohn zu addieren.

Reichen Sie dieses Formular bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet der Ausgleichskasse Obwalden ein. Wir danken Ihnen für die Mitarbeit.

Kontaktperson

Telefonnummer

Bemerkungen

Firma	
Abrechnungsnummer (xxx.xxx)	Betrifft Lohnbescheinigung (Jahr)

1 AHV-Nummer (gemäss AHV-Ausweis: 756.xxxx.xxxx.xx)	2 Name und Vorname der/des Versicherten		Beschäftigt		Beitragspflichtiger Lohn
	3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	4 Geschlecht (w, m)	von	bis	
1	2				Gemäss eingereicherter Lohnbescheinigung
Grund für Nachtrag oder Korrektur:					Effektiver Lohn
Auszahlungsjahr: <input type="checkbox"/> nicht im Kanton Obwalden FAK-beitragspflichtig					Differenz

1 AHV-Nummer (gemäss AHV-Ausweis: 756.xxxx.xxxx.xx)	2 Name und Vorname der/des Versicherten		Beschäftigt		Beitragspflichtiger Lohn
	3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	4 Geschlecht (w, m)	von	bis	
1	2				Gemäss eingereicherter Lohnbescheinigung
Grund für Nachtrag oder Korrektur:					Effektiver Lohn
Auszahlungsjahr: <input type="checkbox"/> nicht im Kanton Obwalden FAK-beitragspflichtig					Differenz

1 AHV-Nummer (gemäss AHV-Ausweis: 756.xxxx.xxxx.xx)	2 Name und Vorname der/des Versicherten		Beschäftigt		Beitragspflichtiger Lohn
	3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	4 Geschlecht (w, m)	von	bis	
1	2				Gemäss eingereicherter Lohnbescheinigung
Grund für Nachtrag oder Korrektur:					Effektiver Lohn
Auszahlungsjahr: <input type="checkbox"/> nicht im Kanton Obwalden FAK-beitragspflichtig					Differenz

Bestätigung der Arbeitgeberin, des Arbeitgebers
 Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt die Arbeitgeberin, der Arbeitgeber

Ort und Datum

Unterschrift der Arbeitgeberin, des Arbeitgebers