

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

SVA Zürich

Ausgleichskasse
Versicherungsbeiträge

Team 044 448 58 60, www.svazurich.ch/mail
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
www.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 geschieden
 verheiratet gerichtlich getrennt
 verwitwet aufgelöste
 in eingetragener Partnerschaft 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 _____

2 Erwerbstätigkeit

Sind Sie erwerbstätig?

ja

Arbeitnehmerin, Arbeitnehmer:

Brutt Jahreslohn

(Bitte Kopie des Lohnausweises oder der Lohnabrechnung beilegen)

CHF _____

nein

Seit wann sind Sie nicht erwerbstätig?

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
Asylkoordination
Postfach
8090 Zürich

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.svazurich.ch (Merkblatt [2.03](#))