

Anmeldung für Selbständigerwerbende und Personengesellschaften



1. Rechtsform (bei Personengesellschaften ist eine Anmeldung pro Gesellschafter auszufüllen)

Einzelfirma
Einfache Gesellschaft

Kollektivgesellschaft*
Kommanditgesellschaft*

Erbengemeinschaft

*Handelsregistereintrag zwingend erforderlich

Datum des Handelsregistereintrags: _____ CHE-Nummer (UID): _____

2. Erwerbszweig/Branche

3. Personalien

Frau Herr

Name _____ Vorname _____

Firmenname _____ Geburtsdatum _____

Nationalität _____ Versichertennummer _____

Art der Aufenthaltsbewilligung (Ausweise B, L oder G: Arbeitsbewilligung des Migrationsamtes beilegen)

Zivilstand

ledig verheiratet seit: getrennt seit: geschieden seit:
verwitwet seit: eingetragene Partnerschaft seit: aufgelöste Partnerschaft seit:

_____ (bitte genaues Zivilstandsdatum angeben)

Partner/in (verheiratet, getrennt oder eingetragen)

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____

Versichertennummer _____ Ist der/die Partner/in erwerbstätig? Ja Nein

4. Geschäftsadresse

Strasse	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Wohnadresse (falls abweichend von Geschäftsadresse)

Strasse	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Zustelladresse

Geschäftsadresse Wohnadresse Drittadresse

Drittadresse (z.B. Treuhandfirma)

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ / Ort	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Auszahlung von allfälligen Guthaben

Kontoinhaber/in

Postkonto-Nummer

IBAN-Nummer

Geschäftskonto Privatkonto

8. Angaben zum Geschäft

Beginn der selbständigen Tätigkeit (Monat/Jahr)

Üben Sie die selbständige Tätigkeit im Nebenerwerb aus? (Hausfrau/Hausmann kann als Haupterwerb gelten)

Ja Nein Wenn ja, welches ist Ihr Haupterwerb? _____

Bei **Personengesellschaften**: Angaben zu den Mitgesellschaftern (Name und Adresse)

9. Beschäftigen Sie Personal?

Nein Ja, per wann? _____ Zahl der Arbeitskräfte: _____

Wovon Mitarbeitende Familienmitglieder? _____

Partner/in (verheiratet, getrennt oder eingetragener)

Tochter/Sohn Mutter/Vater Schwester/Bruder

Falls Sie Löhne auszahlen:

Höhe der geschätzten Lohnsumme pro Monat x12 x13 x14

CHF _____

Geschätzte Kinderzulagen pro Monat (bitte separate Anmeldung einreichen)

CHF _____

10. Daten der Arbeitnehmenden

Versichertennummer	Name / Vorname	Geburtsdatum	Eintrittsdatum

Weitere Arbeitnehmende können auf unserer Website über das Formular „Ein-/Austritte von Personal und Lohnsummenanpassung“ angemeldet werden.

11. Berufsverband

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes? Nein Ja, Verbandseintritt per: _____

Name und Adresse des Verbandes

12. Filialen

Werden Filial- oder Zweigbetriebe geführt? Nein Ja, seit wann? _____

Adresse

13. Nähere Angaben zur Tätigkeit

A

Beschreiben Sie Ihre Tätigkeit

(Werbeunterlagen beilegen)

B

Treten Sie gegenüber Ihrer Kundschaft im eigenen Namen auf?

Ja

Nein, in wessen Namen?

C

Stellen Sie den Endkunden selber Rechnung?

(Rechnungskopien beilegen)

Ja

Nein, wer stellt Rechnung?

D

Tragen Sie allfällige Verluste bei Zahlungsunfähigkeit Ihrer Kundschaft selber?

Ja

Nein, wer trägt das Inkassorisiko?

E

Für welche Kunden sind Sie tätig oder stehen Sie in Verhandlung?

Privatpersonen

Firmen

F

Bestehen Verträge mit den Kunden/Auftraggebern?

Nein

Ja, Vertragspartner

G

Verfügen Sie über folgende Infrastruktur?

(Miet- oder Kaufvertrag beilegen)

Büro (Nicht in Wohnung/Haus)

Laden

Warenlager

Werkstatt

andere:

H

Welche bedeutenden Betriebsmittel haben Sie?

(Miet- oder Kaufvertrag beilegen)

Nutzfahrzeuge

Maschinen

Werkzeuge

andere:

I

Welche Unkosten haben Sie zu tragen?

(Abrechnungen beilegen)

Mietkosten für angemietete Räumlichkeiten

Kosten für Verbrauchsmaterial

Strom- und Wasserkosten

andere:

J

Sind Sie Weisungen unterworfen?

nein

Präsenzpflicht

Arbeitszeiten

Verkaufskonditionen

Konkurrenzverbot

persönliche Erfüllungspflicht

Arbeitsrapporte/Rechenschaftspflicht

andere:

K**Wie werden Sie von den einzelnen Auftraggebenden/Kunden entschädigt?**

(Abrechnungskopien beilegen)

Monatslohn

Provision

Stücklohn

Stundenlohn

Honorar

andere:

L**Stellen Sie Offerten?**

Ja (Kopien beilegen)

Nein

M**Bemerkungen**

14. Einkommensverhältnisse für provisorische Rechnungsstellung

Wie hoch schätzen Sie Ihr reines Geschäftseinkommen **ab Beginn der selbständigen Tätigkeit bis Jahresende?**

	1. Kalenderjahr	2. Kalenderjahr
Einnahmen abzüglich Geschäftsunkosten (Reingewinn)		
Wie hoch ist das investierte Betriebskapital (Eigenkapital)		

Bitte senden Sie uns einen Jahresabschluss, falls das erste Geschäftsjahr bereits abgelaufen ist. Sollte noch kein Jahresabschluss vorhanden sein, müssen die erwirtschafteten Gewinne der Vorjahre oben eingetragen werden. Wenn Sie feststellen, dass das provisorisch gemeldete Einkommen vom tatsächlich erzielten Einkommen abweicht, informieren und dokumentieren Sie dies (Jahresabschluss), damit wir die Anpassung vornehmen können.

15. Sind Sie zusätzlich im Ausland erwerbstätig?

Nein

Ja, als Selbständigerwerbende/r in _____ (bitte Erwerbsstaat angeben)

Ja, als Angestellte/r in _____ (bitte Erwerbsstaat angeben)

16. In welcher Form haben Sie zuletzt AHV-Beiträge bezahlt?**Als Arbeitnehmer/in**

von

bis

Arbeitgeber

Als Selbständigerwerbende/r

von

bis

Bei welcher Ausgleichskasse

Als Nichterwerbstätige/r

von

bis

Bei welcher Ausgleichskasse

Als Arbeitslose/r

von

bis

17. Bestätigung

Ich bestätige, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben

(Unvollständige Anmeldungen und fehlende Unterlagen führen zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.)

Ort und Datum

Unterschrift

18. Vollmacht

Wenn Sie z.B. Ihrem Treuhänder eine Vollmacht erteilen möchten, unterschreiben Sie bitte diese Erklärung.

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die unter Punkt 6 angegebene Drittperson, meine Interessen in Bezug auf die Beiträge und Leistungen hinsichtlich der unten aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber der SVA Aargau, in sämtlichen Angelegenheiten für die Bereiche: Alters- und Hinterlassenenversicherung, Mutterschaftsentschädigung, Familienzulagen nach FamZG und in der Landwirtschaft, Erwerbsersatzordnung, zu vertreten.

Ich befreie die SVA Aargau, Ausgleichskasse, von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren. Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ort und Datum

Unterschrift Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

Ort und Datum

Unterschrift Bevollmächtigter / Bevollmächtigte

SVA-Newsletter

Informieren Sie sich schnell und direkt mit dem SVA-Newsletter über alle geplanten oder erfolgten Änderungen in der ersten Säule.

Ich bin am elektronischen SVA-Newsletter interessiert.
Bitte senden Sie ihn mir an meine aufgeführte E-Mailadresse.