

Fragebogen für Quellensteuer

Personalien Mitarbeiter/in KSB
Name (gemäss Pass):
Vorname (gemäss Pass):
Adresse / PLZ / Wohnort / Kanton / Land:
Geburtsdatum:
Nationalität:
Bewilligung: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> andere:
Bewilligung gültig bis (bitte Kopie Arbeitsbewilligung beilegen):
Wochenaufenthalt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Wochenaufenthalt ja – Wochenaufenthaltsadresse:
Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt
Zivilstand seit (Datum):
Wenn Zivilstand ledig, geschieden, verwitwet oder getrennt und abzugsberechtigte Kinder vorhanden sind:
Leben Sie mit den Kindern im gleichen Haushalt? <input type="checkbox"/> Ja, Anzahl Kinder _____ <input type="checkbox"/> Nein
Leben Sie im Konkubinat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Üben Sie die elterliche Sorge aus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahlen Sie Unterhalt für volljährige Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erzielen Sie das höhere Bruttoerwerbseinkommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, der/die Konkubinatspartner/in
Konfession: <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> christ-katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch-reformiert <input type="checkbox"/> israelitisch <input type="checkbox"/> andere/keine
Kirchensteuerpflicht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschäftigungsgrad beim KSB: <input type="checkbox"/> Vollzeit 100% <input type="checkbox"/> Teilzeit (unter 100%) <input type="checkbox"/> KSB ist Nebenerwerb
Zusätzliche Erwerbstätigkeit: <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wenn zusätzliche Erwerbstätigkeit ja – Name, Adresse, PLZ, Ort und Land des anderen Arbeitgebers:
Beschäftigungsgrad beim anderen Arbeitgeber: _____ %
Zusätzliche Ersatzeinkünfte (z.B. Taggelder, Renten, etc): <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein
Name, Adresse, PLZ, Ort und Land des Versicherers:
Grad der Arbeitsunfähigkeit / Invalidität: _____ %

Personalien Ehepartner/in oder eingetragene/r Partner/in
Name (gemäss Pass):
Vorname (gemäss Pass):
Adresse / PLZ / Wohnort / Kanton / Land:
Geburtsdatum:
Nationalität:
Bewilligung: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> andere:
AHV/SV-Nummer:
Erwerbstätigkeit / Ersatzeinkünfte: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Erwerbstätigkeit des Partners ja: <input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung
Art des Einkommens: <input type="checkbox"/> Lohn / Ersatzeinkommen (z.B. Taggeld) <input type="checkbox"/> Lohn / Ersatzeinkommen + Rente <input type="checkbox"/> Rente
Name, Adresse, PLZ, Ort und Land des Arbeitgebers / Versicherers:
Beginndatum der Tätigkeit bzw. der Ersatzeinkünfte: _____

Kinder
Name (gemäss Pass):
Vorname (gemäss Pass):
Geburtsdatum:
AHV/SV-Nummer:
Name (gemäss Pass):
Vorname (gemäss Pass):
Geburtsdatum:
AHV/SV-Nummer:
Name (gemäss Pass):
Vorname (gemäss Pass):
Geburtsdatum:
AHV/SV-Nummer:
Name (gemäss Pass):
Vorname (gemäss Pass):
Geburtsdatum:
AHV/SV-Nummer:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit obiger Angaben. Zudem nehme ich zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung des Zivilstandes, der Adresse sowie auch Veränderungen in Bezug auf die eigene Erwerbstätigkeit/Einkommenssituation und Veränderungen der Erwerbstätigkeit/Einkommenssituation des Ehegatten bzw. eingetragenen Partners unverzüglich im KSB-Personalinformationssystem Workday zu aktualisieren oder an HR (hrservices@ksb.ch) zu melden.

Datum: _____

Unterschrift: _____