



WALTER BROENNIMANN
TREUHAND AG
Buchhaltungen, Revisionen,
Steuerberatungen,
Gesellschaftsgründungen, Inkasso
Postfach, 3401 Burgdorf, Kirchbergstr. 189
Telefon 034 420 18 18, Fax 034 420 18 19
e-mail: info@wbtreuhand.ch

Arbeitgeber _____

Neueintritt Eintrittsdatum _____

Mutation Mutationsdatum _____
(Bei Mutation mit Ausnahmen des Namens nur die Änderung angeben)

Personalien Name / Vorname _____
Strasse, Nr. _____
Land, PLZ, Ort _____
Heimatort _____
Sozialvers.Nr. _____
Geburtsdatum _____
Geschlecht männlich weiblich
Zivilstand _____
Zivilstandsdatum _____
Nationalität _____ Bewilligungsart (Kopie beilegen) _____
Quellensteuerpflichtig
(Wenn ja, bitte zwingend Seite 2+3 ausfüllen)

Kinder	Name / Vorname <small>(Wenn Kinder- oder Ausbildungszulagen geltend gemacht werden)</small>	Geb.Dat.	Betrag
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Stellenbezeichnung _____

Lohndaten	Monatslohn <input type="checkbox"/>	Stundenlohn <input type="checkbox"/>
Betrag (brutto)	_____	Grundlohn (ohne Zuschläge) _____
13. Monatslohn	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	13. Monatslohn Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ferienanspruch <small>(4, 5 oder 6 Wochen)</small>	_____	Ferienanspruch <small>(4, 5 oder 6 Wochen)</small> _____
BVG-Beitrag <small>(Kopie Versicherungsausweis beilegen)</small>	_____	BVG-Beitrag <small>(Kopie Versicherungsausweis beilegen)</small> _____
Arbeitspensum in %	_____	_____
Mehr als 8 Std. pro Woche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Mehr als 8 Std. pro Woche Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Weitere regelmässige monatliche Vergütungen oder Abzüge

Art _____ Betrag _____

Auszahlung Name, Ort Bank _____
IBAN-Konto-Nr. _____

Ort, Datum und Unterschrift _____



WALTER BROENNIMANN
TREUHAND AG

Buchhaltungen, Revisionen,
Steuerberatungen,
Gesellschaftsgründungen, Inkasso
Postfach, 3401 Burgdorf, Kirchbergstr. 189
Telefon 034 420 18 18, Fax 034 420 18 19
e-mail: info@wbtreuhand.ch

Zusatzblatt für quellensteuerpflichtige Arbeitnehmende

Konfession

Grenzgänger

Ja _____ Nein

Wenn ja:

Tägliche Heimkehr _____ Wöchentliche Heimkehr

Bei wöchentlicher Heimkehr:

Wohnadresse in der Schweiz

Haben Sie weitere Erwerbstätigkeiten /
Ersatzeinkünfte?

Ja _____ Nein

Wenn ja:

Name, Adresse Arbeitgeber

Monatlicher Bruttolohn

CHF

Beschäftigungsgrad

_____ % mein Pensum ist nicht ermittelbar

Taggelder / Ersatzleistungen pro Monat

CHF

Leben Sie in einem Konkubinat?

Ja _____ Nein

Sind Sie alleinerziehend?

Ja _____ Nein

Leben Sie mit abzugsberechtigten Kindern (alleinige
Obhut) im gleichen Haushalt?

Ja _____ Nein

Leben Sie mit einem Konkubinatspartner im
gleichen Haushalt?

Ja _____ Nein

Leben Sie mit abzugsberechtigten Kindern und
dem Konkubinatspartner im gleichen Haushalt?

Ja _____ Nein

Üben Sie das alleinige Sorgerecht über die im
gleichen Haushalt lebenden Kinder aus?

Ja _____ Nein

Üben Sie das gemeinsame Sorgerecht über im
gleichen Haushalt lebenden Kinder aus und
erzielen Sie das höhere Bruttoeinkommen?

Ja _____ Nein

Leben Sie mit einem volljährigen Kind
im gleichen Haushalt und erzielen Sie das
höhere Bruttoeinkommen?

Ja _____ Nein



WALTER BROENNIMANN
TREUHAND AG

Buchhaltungen, Revisionen,
Steuerberatungen,
Gesellschaftsgründungen, Inkasso
Postfach, 3401 Burgdorf, Kirchbergstr. 189
Telefon 034 420 18 18, Fax 034 420 18 19
e-mail: info@wbtreuhand.ch

Haben Sie unterstützungspflichtige Kinder, wofür
Sie bei Ihrem Arbeitgeber keine Kinderzulagen
beziehen?

Ja

Nein

Wenn ja:

	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geschlecht			
Nationalität			
SV-Nummer			
Beginn des Anspruches auf Kinderabzug			
Ende des Anspruches auf Kinderabzug			

Rente

Beziehen Sie eine Rente?

Ja

Nein

Sind Sie verheiratet oder
in einer eingetragenen
Partnerschaft?

Ja

Nein

Wenn ja:

Name, Vorname

Adresse

Sozialvers.Nr.

Nationalität

Geburtsdatum

Bewilligungsart

Bezieht ihr Partner Rente?

Ja

Nein

Ist Ihr Partner erwerbstätig?

Ja

Nein

Wenn ja, Beschäftigungsgrad

Haupterwerb

Nebenerwerb

Arbeitsort

Beginn und allfälliges Ende
des Anspruches auf
Ersatzeinkünfte

Ort, Datum und Unterschrift
