

ANSUCHEN ÄNDERUNG BEITRAGSZAHLUNG^{1 2} (Öffentlicher Dienst)

Dieses Formular ist an den/m **Arbeitgeber** zu senden.

An

Der/Die Unterfertigte												
Steuernummer												
geboren am	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Staat	<input type="text"/>			
wohnhaft in	<input type="text"/>				Str.	<input type="text"/>			Nr.	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>			Handy	<input type="text"/>			

eingeschrieben beim Zusatzrentenfonds Laborfonds,

BEANTRAGT

die Änderung des Beitrags zu seinen/ihren Lasten (Erhöhung/Verringerung), unter Erhaltung des abziehbaren Höchstbetrages, wie folgt:

- a) 1% 1,24%³
- b) 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%⁴

Datum _____

Unterschrift _____

¹Dieses Ansuchen gilt für das Personal des Landesgesundheitsdienstes.
² Das Formblatt muss beim Arbeitgeber eingereicht werden für das Jahr 2017 innerhalb 10.12.2016, 31.03.2017, 30.06.2017, 30.09.2017 (mit Wirkung ab dem Folgetrimester) und für die folgenden Jahre innerhalb 30.11. (mit Wirkung ab 01.01 des Folgejahres). Die Beschäftigten können den Beitrag zu ihren Lasten jedes Jahr nach denselben Modalitäten ändern (d.h. entweder erhöhen oder verringern).
³Der Beitrag zu Lasten des Arbeitgebers beträgt 1% (für Bedienstete in der oberen Besoldungsstufe) oder 2% (für Bedienstete in der untere Besoldungsstufe) und der vom Arbeitgeber eingezahlte Abfertigungsanteil 18%.
⁴ Der Beitrag zu Lasten des Arbeitgebers (siehe Fußnote 4) wird um 1% und der vom Arbeitgeber eingezahlte Abfertigungsanteil von 18% auf 36,5% erhöht