

## ANSUCHEN ÄNDERUNG BEITRAGSZAHLUNG<sup>12</sup> (Mitglied öffentlicher Dienst)

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

An


Der/Die Unterfertigte	<input type="text"/>						
Steuernummer	<input type="text"/>						
geboren am	<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"/>
E-mail Adresse	<input type="text"/>						

eingeschrieben beim Rentenfonds Laborfonds,

**beantragt**

die Änderung des Beitrags zu eigenen Lasten (Erhöhung/Verringerung), unter Einhaltung des laut geltenden Bestimmungen abziehbaren Höchstbetrages, wie folgt:

- a)  1%     1,24%<sup>3</sup>**  
**b)  2%     3%     4%     5%     6%     7%     8%     9%     10%<sup>4</sup>**

Datum

Unterschrift \_\_\_\_\_

1 Dieses Ansuchen gilt für das Personal des Landesgesundheitsdienstes,.

2 Das Formblatt muss beim Arbeitgeber eingereicht werden für **das Jahr 2017 innerhalb 31.12.2016, 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).

3 Der Beitrag zu Lasten des Arbeitgebers beträgt 1% (für Bedienstete in der oberen Besoldungsstufe) oder 2% (für Bedienstete in der unteren Besoldungsstufe) und der vom Arbeitgeber eingezahlte Abfertigungsanteil 18%

4 Der Beitrag zu Lasten des Arbeitgebers (siehe Fußnote 3) wird um 1% und der vom Arbeitgeber eingezahlte Abfertigungsanteil von 18% auf 36,5% erhöht