

Wichtige Hinweise

Der Leitfaden 2018 steht Ihnen digital zur Verfügung

Informationen zu den Sozialversicherungen sowie Details, wie Sie die Lohnabrechnungen erstellen und die Kolonnen auf dem Lohnblatt ausfüllen müssen, finden Sie in unserem Leitfaden, welcher Ihnen immer in der aktuellsten Version auf unserer Website zur Verfügung steht (gastrosocial.ch/download).

Das GastroSocial Online-Lohnheft

Die schnelle Lohnabrechnung – einsetzbar für Betriebe mit bis zu 5 Mitarbeitenden. Das Online-Lohnheft als PDF-Datei bietet Ihnen das elektronische Erfassen der Lohndaten und hat die gleiche einfache Anwendung wie das GastroSocial-Lohnheft in Papierform.

Das ausgefüllte Online-Lohnheft kann auf dem Postweg oder als gespeicherte Datei direkt an beitraegeak@gastrosocial.ch an die GastroSocial Ausgleichskasse geschickt werden.

Lohnbescheinigung anstelle Lohnheft

Falls Sie die Löhne Ihrer Mitarbeitenden mit weniger Aufwand deklarieren möchten, so können Sie uns anstelle der Lohnheft-Lohnblätter die ausgefüllte Lohnbescheinigung retournieren.

Onlineprodukte von GastroSocial

GastroSocial offeriert Lösungen, die genau auf die individuellen Bedürfnisse der Gastronomie- und Hotelleriebranche ausgerichtet sind. Das Lohnprogramm miruSocial bietet 4 Produktlinien an. Sie können das Programm von der Lohnverarbeitung bis zur Zeiterfassung oder Personaleinsatzplanung wählen. Zudem stehen Ihnen weitere Schnittstellen zur effizienten und einfachen Übermittlung der Lohndaten und Mutationen zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website gastrosocial.ch/online oder kontaktieren Sie uns, wir beraten Sie gern.

Information für Betriebe mit jahresübergreifender Winter-Saison

Bitte jeweils pro Lohnbescheinigung nur die Löhne für ein Kalenderjahr aufführen (z.B. eine Lohnbescheinigung für November bis Dezember und zusätzlich eine separate Lohnbescheinigung für Januar bis April).

Voravis zum nächstjährigen Lohnheft-Versand

Aufgrund der zunehmenden Digitalisierung sowie aus ökologischen Gründen wird GastroSocial ab nächstem Jahr keine Lohnhefte in gedruckter Form mehr versenden. Gerne stellen wir Ihnen sowohl Lohnheft als auch Lohnbescheinigung weiterhin in digitaler Form als Online-Lohnheft unter gastrosocial.ch/online zur Verfügung.

Lohnbescheinigung

Abrechnungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abrechnungsjahr: _____

Wichtig: Ab der 6. Person werden die Angaben nicht mehr automatisch auf die folgenden Lohnblätter übertragen. Falls dies gewünscht wird, verwenden Sie bitte ein neues PDF (Online-Lohnheft).

Betriebsname: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

	Name, Vorname des Versicherten	AHV-Nummer	Geburtsdatum	Geschlecht	Beschäftigungsdauer Abrechnungsjahr		AHV-Bruttolohn im Abrechnungsjahr	Kinderzulagen	Beiträge Pensionskasse *	Austritt Ja /Nein
					von	bis				
1				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
2				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
3				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
4				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
5				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
6				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
7				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
8				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
9				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
10				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
11				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
12				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
13				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
14				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
15				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Total										

* Nur auszufüllen, wenn Sie für die Pensionskasse keine separate Lohndeklaration einreichen.

Datum und Unterschrift Arbeitgeber: _____

Der Arbeitgeber bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der vorliegenden Abrechnung.

Bitte zusammen mit dem kompletten Lohnheft retournieren.

Lohnblatt

Name Arbeitnehmer/in: _____

Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Nationalität: _____

Abrechnungsjahr:

Geburtsdatum: _____

Eintritt: _____ Austritt: _____

Angestellt als: _____

Vollbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt

AHV-Nummer: _____

Geschlecht: Frau Mann

Zivilstand: Ledig Verheiratet
 Geschieden Verwitwet

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Arbeitnehmende für Krankenpflege versichert? _____

Lohnperiode		Beitragspflichtige Lohnbestandteile				Abzüge											Nicht beitragspflichtige Lohnbestandteile			
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19
Monat	Stunden	Fixer Monatslohn oder fixer Lohnanteil	Umsatzanteile	Entschädigungen		AHV-Bruttolohn	AHV IV EO	Arbeitslosenversicherung	Berufliche Vorsorge (2. Säule)	Unfallversicherung (NBU)	Krankentaggeldversicherung	Quellensteuer	Weitere Lohnabzüge		Verpflegung	Unterkunft	Total der Abzüge	Kinderzulagen		Nettoauszahlung
				a) Ferien	b) Feiertage								c) 13. Monatsl.	a)						
Jan																				
Feb																				
Mär																				
Apr																				
Mai																				
Jun																				
Jul																				
Aug																				
Sep																				
Okt																				
Nov																				
Dez																				
Total																				

Datum und Unterschrift Arbeitnehmer/in: _____

Datum und Unterschrift Arbeitgeber: _____

Der Arbeitgeber bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der vorliegenden Abrechnung.

Lohnblatt

Abrechnungsjahr:

Name Arbeitnehmer/in: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Eintritt: _____ Austritt: _____

Strasse, Nummer: _____

Angestellt als: _____

PLZ, Ort: _____

Vollbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt

Nationalität: _____

AHV-Nummer: _____

Geschlecht: Frau Mann
 Zivilstand: Ledig Verheiratet
 Geschieden Verwitwet

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Arbeitnehmende für Krankenpflege versichert? _____

Lohnperiode		Beitragspflichtige Lohnbestandteile				Abzüge											Nicht beitragspflichtige Lohnbestandteile		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19
Monat	Stunden	Fixer Monatslohn oder fixer Lohnanteil	Umsatzanteile	Entschädigungen		AHV-Bruttolohn	AHV IV EO	Arbeitslosenversicherung	Berufliche Vorsorge (2. Säule)	Unfallversicherung (NBU)	Krankentaggeldversicherung	Quellensteuer	Weitere Lohnabzüge		Verpflegung	Unterkunft	Total der Abzüge	Kinderzulagen	Nettoauszahlung
				a) Ferien	b) Feiertage								a)	b)					
Jan																			
Feb																			
Mär																			
Apr																			
Mai																			
Jun																			
Jul																			
Aug																			
Sep																			
Okt																			
Nov																			
Dez																			
Total																			

Datum und Unterschrift Arbeitnehmer/in: _____

Datum und Unterschrift Arbeitgeber: _____

Der Arbeitgeber bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der vorliegenden Abrechnung.

Lohnblatt

Name Arbeitnehmer/in: _____
 Vorname: _____
 Strasse, Nummer: _____
 PLZ, Ort: _____
 Nationalität: _____

Abrechnungsjahr:

Geburtsdatum: _____
 Eintritt: _____ Austritt: _____
 Angestellt als: _____
 Vollbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt
 AHV-Nummer: _____

Geschlecht: Frau Mann
 Zivilstand: Ledig Verheiratet
 Geschieden Verwitwet

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Arbeitnehmende für Krankenpflege versichert? _____

Lohnperiode		Beitragspflichtige Lohnbestandteile				Abzüge											Nicht beitragspflichtige Lohnbestandteile			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19	
Monat	Stunden	Fixer Monatslohn oder fixer Lohnanteil	Umsatzanteile	Entschädigungen		AHV-Bruttolohn	AHV IV EO	Arbeitslosenversicherung	Berufliche Vorsorge (2. Säule)	Unfallversicherung (NBU)	Krankentaggeldversicherung	Quellensteuer	Weitere Lohnabzüge		Verpflegung	Unterkunft	Total der Abzüge	Kinderzulagen		Nettoauszahlung
				a) Ferien b) Feiertage c) 13. Monatsl.									a)	b)						
Jan																				
Feb																				
Mär																				
Apr																				
Mai																				
Jun																				
Jul																				
Aug																				
Sep																				
Okt																				
Nov																				
Dez																				
Total																				

Datum und Unterschrift Arbeitnehmer/in: _____

Datum und Unterschrift Arbeitgeber: _____

Der Arbeitgeber bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der vorliegenden Abrechnung.

Lohnblatt

Name Arbeitnehmer/in: _____

Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Nationalität: _____

Abrechnungsjahr:

Geburtsdatum: _____

Eintritt: _____ Austritt: _____

Angestellt als: _____

Vollbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt

AHV-Nummer: _____

Geschlecht: Frau Mann

Zivilstand: Ledig Verheiratet
 Geschieden Verwitwet

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Arbeitnehmende für Krankenpflege versichert? _____

Lohnperiode		Beitragspflichtige Lohnbestandteile				Abzüge											Nicht beitragspflichtige Lohnbestandteile			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19	
Monat	Stunden	Fixer Monatslohn oder fixer Lohnanteil	Umsatzanteile	Entschädigungen		AHV-Bruttolohn	AHV IV EO	Arbeitslosenversicherung	Berufliche Vorsorge (2. Säule)	Unfallversicherung (NBU)	Krankentaggeldversicherung	Quellensteuer	Weitere Lohnabzüge		Verpflegung	Unterkunft	Total der Abzüge	Kinderzulagen		Nettoauszahlung
				a) Ferien	b) Feiertage								c) 13. Monatsl.	a)						
Jan																				
Feb																				
Mär																				
Apr																				
Mai																				
Jun																				
Jul																				
Aug																				
Sep																				
Okt																				
Nov																				
Dez																				
Total																				

Datum und Unterschrift Arbeitnehmer/in: _____

Datum und Unterschrift Arbeitgeber: _____

Der Arbeitgeber bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der vorliegenden Abrechnung.

Lohnblatt

Abrechnungsjahr:

Name Arbeitnehmer/in: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Frau Mann

Vorname: _____

Eintritt: _____ Austritt: _____

Zivilstand: Ledig Verheiratet

Strasse, Nummer: _____

Angestellt als: _____

Geschieden Verwitwet

PLZ, Ort: _____

Vollbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Arbeitnehmende für Krankenpflege versichert? _____

Nationalität: _____

AHV-Nummer: _____

Lohnperiode		Beitragspflichtige Lohnbestandteile				Abzüge											Nicht beitragspflichtige Lohnbestandteile			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19	
Monat	Stunden	Fixer Monatslohn oder fixer Lohnanteil	Umsatzanteile	Entschädigungen		AHV-Bruttolohn	AHV IV EO	Arbeitslosenversicherung	Berufliche Vorsorge (2. Säule)	Unfallversicherung (NBU)	Krankentaggeldversicherung	Quellensteuer	Weitere Lohnabzüge		Verpflegung	Unterkunft	Total der Abzüge	Kinderzulagen		Nettoauszahlung
				a) Ferien	b) Feiertage								c) 13. Monatsl.	a)						
Jan																				
Feb																				
Mär																				
Apr																				
Mai																				
Jun																				
Jul																				
Aug																				
Sep																				
Okt																				
Nov																				
Dez																				
Total																				

Datum und Unterschrift Arbeitnehmer/in: _____

Datum und Unterschrift Arbeitgeber: _____

Der Arbeitgeber bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der vorliegenden Abrechnung.

Impressum

Inhalt und Layout: GastroSocial, Aarau

Die Drucksachen erscheinen in Deutsch, Französisch und Italienisch und sind auf der Website gastrosocial.ch abrufbar.

© 2017, GastroSocial, 5001 Aarau
ISO 9001: 2008/GoodPriv@cy

GastroSocial

Bucherstrasse 1 | Postfach 2203 | 5001 Aarau | T 062 837 71 71 | F 062 837 72 97
info@gastrosocial.ch | www.gastrosocial.ch

Institution GastroSuisse