

# Anmeldung Corona Erwerbsersatzentschädigung bei Erwerbsausfällen ab 17. September 2020



## Hinweise

Reichen Sie die Anmeldung als PDF zusammen mit den Beilagen per E-Mail bei der Ausgleichskasse ein, bei welcher Sie als Selbstständigerwerbende/-r respektive Ihr Arbeitgeber angeschlossen sind.

Die Entschädigung wird nur ausbezahlt, sofern tatsächlich ein Erwerbsausfall vorliegt. Die Auszahlung erfolgt monatlich nachschüssig.

Dauert die beschlossene Massnahme länger als einen Monat, so muss die Entschädigung für die Folgeperiode jeweils erneut beantragt werden. Die Entschädigung wird pro Anmeldung längstens für einen vollen Monat ausgerichtet. Für Ansprüche vom 17. September 2020 bis 31. Oktober 2020 reicht jedoch eine Anmeldung.

### Sind Sie

- a) selbständigerwerbend oder mitarbeitende(r) Ehegatte/Ehegattin oder eingetragene(r) Partner(in) einer selbständigerwerbenden Person?
- b) Person in arbeitgeberähnlicher Stellung oder mitarbeitende(r) Ehegatte/Ehegattin oder eingetragene(r) Partner(in) einer Person in arbeitgeberähnlicher Stellung?

Wer gilt als Person in arbeitgeberähnlicher Funktion?

Gesellschafter/in; finanziell am Betrieb Beteiligte; Mitglieder eines obersten betrieblichen Entscheidungsgremiums, die Entscheidungen des Arbeitgebers bestimmen oder massgeblich beeinflussen können; mitarbeitende Ehegatten oder eingetragene Partner und Partnerinnen.

Reichen Sie als Person in arbeitgeberähnlicher Stellung pro Firma eine Anmeldung ein. Führen Sie in der Anmeldung sämtliche Personen in arbeitgeberähnlicher Funktion sowie mitarbeitende Ehegatten oder eingetragene Partner und Partnerinnen auf, für welche Sie eine Entschädigung geltend machen.

Reichen Sie als selbständigerwerbende Person eine Anmeldung für sich und Ihre(n) allfällige(n) mitarbeitende(n) Ehegatten/Ehegattin resp. eingetragene(n) Partner(in) ein.

Die Entschädigung beträgt für Personen in arbeitgeberähnlicher Stellung 80 % des entgangenen Verdienstes im entsprechenden Antragsmonat.

## 1 a) Personalien der antragsstellenden Person

### 1.1 Name

Auch Name als ledige Person

### 1.2 Alle Vornamen

Rufname in Grossbuchstaben

### 1.3 Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

### 1.4 Versichertennummer

AHV 13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.  
Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

### 1.5 Adresse

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Mobile

E-Mail

### 1.6 Koordination

Haben Sie oder könnten Sie Anspruch auf Leistungen anderer Sozial- oder privaten Versicherungen in der Zeit des Erwerbsunterbruchs haben? (z. B. Krankentaggeld, Kurzarbeitsentschädigung,..)

ja  nein

Welche Entschädigung?

**Beilagen:** Leistungsabrechnungen und Verfügungen

## 1 b) Angaben zur Firma

Name der Firma

Abrechnungsnummer der Firma

wenn vorhanden

Adresse der Firma

E-Mail

Telefon / Mobile

## 2 a) Angaben zur Erwerbstätigkeit für Selbständigerwerbende

Zuständige Ausgleichskasse

Abrechnungsnummer

Sind Sie quellensteuerpflichtig?

ja  nein

## Personalien mitarbeitende(r) Ehegatte/Ehegattin oder eingetragene(r) Partner(in)

2.1 Name

Auch Name als ledige Person

2.2 Alle Vornamen

Rufname in Grossbuchstaben

2.3 Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

2.4 Versichertennummer

AHV 13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.  
Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen  
Krankenversicherungskarte.

2.5 Adresse

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Mobile

E-Mail

AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen im 2019

x 12  x 13

Ausbezahltes AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen im Antragsmonat

Hat die oben genannte Person Kurzarbeitsentschädigung bezogen?

ja  
 nein

Ist die anspruchsberechtigte Person quellensteuerpflichtig?

- ja
- nein

Hat die Person einen Erwerbsausfall erlitten?

- ja
- nein

## 2 b) Personalien der anspruchsberechtigten Person

---

### 2.1 Name

Auch Name als ledige Person

### 2.2 Alle Vornamen

Rufname in Grossbuchstaben

### 2.3 Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

### 2.4 Versichertennummer

AHV 13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.  
Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen  
Krankenversicherungskarte.

### 2.5 Adresse

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Mobile

E-Mail

AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen im 2019

x 12  x 13

Ausbezahltes AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen im Antragsmonat

Hat die oben genannte Person bis am 31. Mai 2020 Kurzarbeitsentschädigung (Pauschale für Personen in arbeitgeberähnlicher Funktion) bezogen resp. wurde bis zu diesem Zeitpunkt Kurzarbeit beantragt?

- ja  
 nein

Wird für die genannte Person weiterhin ab Juni 2020 Kurzarbeitsentschädigung ausgerichtet?

- ja  
 nein

Falls nein, ist die genannte Person im Betrieb in einer arbeitgeberähnlichen Funktion oder als mitarbeitende/r Ehegatte oder eingetragene/r Partner/in tätig?

- ja  
 nein

Falls ja, welche Funktion hat die Person?

- Gesellschafter/in  
 Mitglied eines obersten betrieblichen Entscheidgremiums  
 mitarbeitende/r Ehegatte oder eingetragene/r Partner/in

Ist die anspruchsberechtigte Person quellensteuerpflichtig?

- ja  
 nein

Hat die Person einen Erwerbsausfall erlitten?

- ja  
 nein

Weitere anspruchsberechtigte Personen mit «+» hinzufügen.

---

**2.1 Name**

Auch Name als ledige Person

**2.2 Alle Vornamen**

Rufname in Grossbuchstaben

**2.3 Geburtsdatum**

TT, MM, JJJJ

**2.4 Versichertennummer**

AHV 13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.  
Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen  
Krankenversicherungskarte.

**2.5 Adresse**

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Mobile

E-Mail

AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen im 2019

 x 12  x 13

Ausbezahltes AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen im Antragsmonat

Hat die oben genannte Person bis am 31. Mai 2020 Kurzarbeitsentschädigung (Pauschale für Personen in arbeitgeberähnlicher Funktion) bezogen resp. wurde bis zu diesem Zeitpunkt Kurzarbeit beantragt?

- ja  
 nein

Wird für die genannte Person weiterhin ab Juni 2020 Kurzarbeitsentschädigung ausgerichtet?

- ja  
 nein

Falls nein, ist die genannte Person im Betrieb in einer arbeitgeberähnlichen Funktion oder als mitarbeitende/r Ehegatte oder eingetragene/r Partner/in tätig?

- ja  
 nein

Falls ja, welche Funktion hat die Person?

- Gesellschafter/in  
 Mitglied eines obersten betrieblichen Entscheidgremiums  
 mitarbeitende/r Ehegatte oder eingetragene/r Partner/in

Ist die anspruchsberechtigte Person quellensteuerpflichtig?

- ja  
 nein

Hat die Person einen Erwerbsausfall erlitten?

- ja  
 nein

---

**3. Grund des Erwerbsunterbruchs**

- 3.1 Schliessung des Betriebs aufgrund bundesrechtlicher oder kantonaler Massnahmen  
 3.2 Wesentliche Einschränkung der Erwerbstätigkeit  
 3.3 Ausfall einer geplanten Veranstaltung wegen eines geltenden Veranstaltungsverbots bzw. der kantonalen Nichtgenehmigung der Veranstaltung

---

**3.1 Schliessung des Betriebs aufgrund bundesrechtlicher oder kantonaler Massnahmen**

---

Der Erwerbsausfall muss nachweislich aufgrund von Einschränkungen bezogen auf die Massnahmen des Bundes oder des Kantons entstanden sein. Die Ausgleichskassen behalten sich vor, nachträgliche Prüfungen vorzunehmen und Zusatzdokumente einzufordern. Sollte sich dabei herausstellen, dass aufgrund der Massnahmen kein Erwerbsausfall entstanden ist, so sind die dadurch unrechtmässig bezogenen Leistungen zurückzuerstatten.

Ich bestätige hiermit, dass ich in diesem Zeitraum einen Erwerbsausfall erlitten habe.

von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ

**Beilage:** Nachweis über kantonale Schliessung

### 3.2 Wesentliche Einschränkung der Erwerbstätigkeit

Der Erwerbsausfall muss nachweislich aufgrund von Einschränkungen bezogen auf die Massnahmen des Bundes oder des Kantons entstanden sein. Die Ausgleichskassen behalten sich vor, nachträgliche Prüfungen vorzunehmen und Zusatzdokumente einzufordern. Sollte sich dabei herausstellen, dass aufgrund der Massnahmen kein Erwerbsausfall entstanden ist, so sind die dadurch unrechtmässig bezogenen Leistungen zurückzuerstatten.

Voraussetzungen:

- Der Umsatzrückgang bei der Firma beträgt im Antragsmonat mindestens 55 % im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2015 - 2 0 1 9 . Für Ansprüche bis 18. Dezember ist eine Umsatzrückgang von 55 % massgebend, ab 19. Dezember 2020 gilt die Schwelle von 40 %.
- Das massgebende AHV-pflichtige Erwerbseinkommen 2019 aus selbständiger Tätigkeit oder als mitarbeitende(r) Ehegatte/Ehegattin oder eingetragene(r) Partner(in) der selbständigerwerbenden Person resp. als Person in arbeitgeberähnlicher Stellung betrug mindestens 10 000 Franken.

Ich bestätige hiermit, dass die Firma eine Umsatzeinbusse von mindestens 55 % erfahren hat und ich dadurch im Antragsmonat einen Erwerbsausfall erlitten habe (massgebend für Ansprüche bis 18. Dezember 2020).

Ich bestätige hiermit, dass die Firma eine Umsatzeinbusse von mindestens 40% erfahren hat und ich dadurch im Antragsmonat einen Erwerbsausfall erlitten habe (nur für Ansprüche ab 19. Dezember 2020 möglich).

Geben Sie das Datum der Betriebsaufnahme an

<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ

Jahr	Umsatz gemäss Erfolgsrechnung des Betriebes
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wurde der Betrieb nach dem 1. Januar 2020 aufgenommen, so sind alle Monatsumsätze zum Vergleich anzugeben.

Monat	Umsatz
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Für welchen Monat machen Sie den Anspruch auf Corona-Erwerbsersatz geltend?

<input type="text"/>
----------------------

Wie hoch war der Umsatz der Firma im Anspruchsmonat?

<input type="text"/>
----------------------

Auf welche Massnahmen ist der Umsatzrückgang zurückzuführen?

### 3.3 Ausfall einer geplanten Veranstaltung wegen eines geltenden Verbotswahrschreibens bzw. der kantonalen Nichtgenehmigung der Veranstaltung

Der Erwerbsausfall muss nachweislich aufgrund von Einschränkungen bezogen auf die Massnahmen des Bundes oder Kantons entstanden sein. Die Ausgleichskassen behalten sich vor, nachträgliche Prüfungen vorzunehmen und Zusatzdokumente einzufordern. Sollte sich dabei herausstellen, dass aufgrund der Massnahmen kein Erwerbsausfall entstanden ist, so sind die dadurch unrechtmässig bezogenen Leistungen zurückzuerstatten.

Ich bestätige hiermit, dass ich in diesem Zeitraum einen Erwerbsausfall erlitten habe.

Zeitraum der Veranstaltung inklusive allfälliger Vor-/Nachbereitung

von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ

#### Beilage:

Nachweis über die Veranstaltung, z. B. Flyer, Werbung

Nachweis über Verbot zur Durchführung der Veranstaltung bzw. Ablehnung kantonalen Genehmigungs

### 4. Auszahlung der Entschädigung

Die Entschädigung ist direkt auf folgendes Bank- oder Postkonto auszuzahlen:

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Name und Adresse der Bank / Post

IBAN-Nr.

### Bestätigung

Die Entschädigung wird nur für tatsächliche Erwerbsunterbrüche bzw. Erwerbsausfälle infolge wesentlicher Einschränkung der Erwerbstätigkeit ausgerichtet. Die Ausgleichskassen behalten sich vor, nachträgliche Prüfungen und Stichproben vorzunehmen und Zusatzdokumente einzufordern. Die Stichproben können auch durch von der Ausgleichskasse beauftragten Dritten erfolgen. Zu Unrecht bezahlte Entschädigungen sind zurückzuerstatten. Unwahre Angaben können Sanktionen nach sich ziehen.

Mit Einreichen dieses Formulars nimmt die antragstellende Person die oben erwähnten Bestimmungen zur Kenntnis und bestätigt die Richtigkeit der Angaben. Die antragstellende Person erklärt sich einverstanden, dass allfällige Stichproben auch durch von der Ausgleichskasse beauftragten Dritten durchgeführt werden können und bestätigt, dass sie sämtliche angeforderten Unterlagen diesen Dritten aushändigen wird.

#### Beilagen:

- Leistungsabrechnung/Verfügung anderer (Sozial)-Versicherungen
- Handelsregisterauszug als Nachweis über die Stellung im Betrieb (Zefix-Auszug genügt nicht)
- Nachweis über die Veranstaltung
- Nachweis über kantonale Schliessung
- Nachweis über Verbot zur Durchführung der Veranstaltung bzw. Ablehnung kantonalen Genehmigungs
- Treuhänder: Handlungsvollmacht

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen.**