
Eingangsdatum Krankenkassen-Kontrollstelle

Antrag für die individuelle Prämienverbilligung 2020

Antragsteller/in:
Vers. Nr.
Steuerregister-Nr.

1. Abschnitt: Die folgenden Daten sind uns bekannt:

Antragsteller/in Ehepartner/in, Kinder mit Jahrgang 2002 - 2019 (G = Geschlecht w/m)

Antragsteller/Antragstellerin		Voraussichtlicher Betrag der Prämienverbilligung (IPV)					Fr.	
Name	Vorname	Geburtsdatum	G	Zivilstand	seit	EL	Nationalität	seit:
Strasse		PLZ		Ort				Krankenkasse KVG *

Gemeinsam besteuerte/ Ehegatte/in, Partner/in		Voraussichtlicher Betrag der Prämienverbilligung (IPV)					Fr.	
Name	Vorname	Geburtsdatum	G	Zivilstand	seit	EL	Nationalität	seit:
Strasse		PLZ		Ort				Krankenkasse KVG *

Kinder der Jahrgänge 2002 – 2019:

In der Schweiz nach KVG versicherte Kinder, deren Eltern über ein steuerbares Vermögen verfügen, erhalten keine Prämienverbilligung.

Name	Vorname	Geburtsdatum	G	Krankenkasse KVG *	EL	IPV-Betrag
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						
7)						

* Krankenkasse

Weicht die angedruckte Krankenkasse von Ihrer Aktuellen ab? Legen Sie die neue Police diesem Antrag bei.

** Ergänzungsleistungen (EL)

Wir werden Ihrem Versicherer den Betrag direkt überweisen.

Bitte beachten Sie die Rückseite!

2. Abschnitt: Allgemeine Fragen

Für alle Antragstellenden:

Beziehen Sie oder eine auf diesem Antrag aufgeführte Person:

- Fürsorgeleistungen? ja
- Leistungen als anerkannter oder vorläufig aufgenommenen Flüchtling oder als schutzbedürftige Person? ja

Ist die Mitteilung an Sie als Antragsteller oder Antragstellerin zuzustellen? ja nein
Wenn nein, an welche Zustelladresse?

Name Vorname Geburtsdatum Adresse PLZ Ort

3. Abschnitt: Stimmen alle Angaben?

Haben Sie die Angaben auf diesem Antragsformular Punkt für Punkt auf Richtigkeit und Vollständigkeit kontrolliert, falsche und/oder fehlende Angaben ergänzt oder gestrichen?

Wenn alle Angaben vollständig sind, senden Sie uns dieses Antragsformular bitte unterschrieben zurück.

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben:

Datum Unterschrift Antragsteller/in und/oder Ehepartner/in, Partner/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

4. Abschnitt: Durch die Gemeinde auszufüllen

IPV-Anspruch: Schlussrechnung Steuern 2020

Neubemessung mit Ausbildungsabzug

Leistungsaufschub seit _____
(Auszahlung erfolgt an den Krankenversicherer)

Fürsorgeleistungen vom _____ bis _____
(gemäss Entscheid Fürsorgekommission)

vom _____ bis _____

Kontoinhaber

Adresse PLZ Ort

IBAN-Nr. (International Bank Account Number)

Name / Adresse der Finanzinstitution

Die Gemeinde bestätigt die Richtigkeit der beantragten Prämienverbilligung sowie der angegebenen Personalien und der Familienverhältnisse. Der vorliegende IPV-Antrag wurde geprüft und wird zur Auszahlung freigegeben:

Datum

Stempel/Unterschrift (Krankenkassen-Kontrollstelle)