
Eingangsdatum Krankenkassen-Kontrollstelle

Antrag für die individuelle Prämienverbilligung 2024

Antragsteller/in:
AHV-Nummer
Steuerregister-Nr.

1. Abschnitt: Die folgenden Daten sind uns bekannt:

Antragsteller/in Ehepartner/in, Kinder mit Jahrgang 2006 - 2023 (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/r 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 2006 – 2023:

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)						Fr.
2)						Fr.
3)						Fr.
4)						Fr.
5)						Fr.
6)						Fr.
7)						Fr.

* Krankenkasse KVG per 01.01.2024

Ist die aufgeführte Krankenkasse nicht korrekt, 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:

- Sozialhilfeunterstützung? 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

Neubemessung: Steuerschlussrechnung Datum _____
 EL-Rückforderungsverfügung Datum _____
 Entscheid Bezug Sozialhilfe Datum _____
 Neuberechnung Quellensteuer Datum _____
 _____ Datum _____

Leistungsaufschub / Eintrag Kamesa seit _____
(Auszahlung erfolgt an den Krankenversicherer)

Sozialhilfeunterstützung nach §8 SHG vom _____ bis _____
(gemäss Entscheid Fürsorgebehörde,
Auszahlung erfolgt an den Krankenversicherer) vom _____ bis _____

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)