



## Antrag auf Prämienverbilligung

### PERSONALIEN

#### Antragssteller/-in

|  |  |         |                      |
|--|--|---------|----------------------|
| Familienname                                 | <input type="text"/>   | Vorname | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum                                 | <input type="text"/>   |         |                      |
| Strasse/Nr.                                  | <input type="text"/>   | PLZ/Ort | <input type="text"/> |
| Telefon                                      | <input type="text"/>   | E-Mail  | <input type="text"/> |
| Krankenversicherung                          | <input type="text"/>   |         |                      |
| Aktuelle Tätigkeit (Beruf)                   | <input type="text"/>   |         |                      |
| Beschäftigungsgrad in % bei Erwerbstätigkeit | <input type="text"/>   |         |                      |
| Zivilstand                                   | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft |         |                      |
|  | <input type="checkbox"/> Konkubinat mit gemeinsamen Kindern <input type="checkbox"/> Konkubinat ohne gemeinsame Kinder im gleichen Haushalt seit <input type="text"/>  |         |                      |

#### Ehepartner/-in oder Partner/-in

|  |                      |         |                      |
|--|----------------------|---------|----------------------|
| Familienname                                 | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum                                 | <input type="text"/> |         |                      |
| Krankenversicherung                          | <input type="text"/> |         |                      |
| Aktuelle Tätigkeit (Beruf)                   | <input type="text"/> |         |                      |
| Beschäftigungsgrad in % bei Erwerbstätigkeit | <input type="text"/> |         |                      |

#### Kinder bzw. Jugendliche in Erstausbildung bis 25 Jahre

⇒ für Personen zwischen 16 und 25 Jahren bitte Ausbildungsnachweis beilegen

| Familienname         | Vorname              | Geburtsdatum         | Krankenversicherung  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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"/> | <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"/> |

### ALLGEMEINE FRAGEN

Wird eine der aufgeführten Personen von der Sozialhilfe unterstützt?  ja    nein

⇒ Wenn ja, wer?

Erhalten Sie eine Rente aus dem Ausland?  ja    nein

⇒ wenn ja, bitte Belege einreichen

Besitzen Sie eine Liegenschaft im In- oder Ausland?  ja    nein

⇒ wenn ja, bitte Belege über Kaufpreis/Hypothek einreichen

Haben Sie in der Vergangenheit wesentliche Vermögenszuwendungen erhalten oder selbst geleistet (Erbchaften, Schenkungen, sonstige Zuwendungen)?  ja    nein

⇒ wenn ja, bitte Belege einreichen

## VOLLSTÄNDIGKEIT DER ANGABEN, MELDEPFLICHT, UNTERSCHRIFT

⇒ Ich bestätige, dass die Angaben vollständig und wahr sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mich strafbar mache, wenn ich durch unwahre oder unvollständige Angaben für mich oder andere widerrechtlich eine Leistung erwirke oder zu erwirken versuche.

Ich verpflichte mich, Einkommens- und Vermögensveränderungen von jährlich mindestens 20%, welche mindestens 3 Monate andauern, oder Änderungen der persönlichen Verhältnisse (z.B. Zivilstand, Ausbildungsbeginn/-ende, Krankenversicherungswechsel, Geburt, Trennung, Zuzug Partner/Partnerin etc.) sofort und unaufgefordert zu melden. Ich nehme zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurück zu erstatten sind, für Rückforderungen infolge Meldepflichtverletzung eine Gebühr bis zu Fr. 150.– erhoben und allenfalls Strafanzeige eingereicht wird.

Ort, Datum

**Antragstellende Person**

**Ehepartner/Ehepartnerin oder Partner/Partnerin (Konkubinät)**

⇒ Beide Unterschriften sind nötig bei Verheirateten, eingetragenen Partnerschaften, Konkubinatspartnern mit gemeinsamen Kindern und Konkubinatspaaren ohne Kinder nach 5 Jahren gemeinsamem Haushalt.

## UNTERLAGEN (KOPIEN)

Bitte prüfen Sie, ob alle benötigten Unterlagen beigelegt sind:

- Krankenkassenpolicen
- Lohnabrechnungen der letzten 3 Monate (auch bei Arbeitslosentaggeld), inkl. Arbeitsvertrag
- Belege zur AHV-, IV- und BVG-Rente (Pensionskassenrente)
- Erfolgsrechnung (bei selbständiger Erwerbstätigkeit)
- Bank-/Postkontoauszüge (letzter Monat)
- Ausbildungsnachweise für Personen ab 16 Jahren, Stipendien

### **Amt für Sozialbeiträge, Prämienverbilligungen und Familienmietzinsbeiträge**

Grenzacherstrasse 62, Postfach, CH-4005 Basel

Telefon +41 61 267 87 11

E-Mail: [asb-pv@bs.ch](mailto:asb-pv@bs.ch), Internet: [www.bs.ch/asb](http://www.bs.ch/asb)

|                 |            |               |               |
|-----------------|------------|---------------|---------------|
| Öffnungszeiten: | Mo, Mi, Fr | 08.30 – 11.30 | 14.00 – 16.30 |
|                 | Di         | 08.30 – 11.30 | 13.30 – 15.00 |
|                 | Do         | 10.00 – 11.30 | 14.00 – 17.30 |