AMT FÜR SOZIALE DIENSTE
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Antrag auf Prämienverbilligung für einkommensschwache Versicherte

Amt für Soziale Dienste
Postplatz 2
Postfach 63
9494 Schaan

JAHR 2018

Einkommensschwache Versicherte haben nach Art. 24b des Gesetzes über die Krankenversicherung Anspruch auf Beiträge an die Prämien und Kostenbeteiligungen.

Dieser Antrag betrifft die Prämienverbilligung für das **Jahr 2018** und stützt sich auf die rechtskräftige Steuerveranlagung des Vorjahres.

Späteste Eingabefrist: 31. Oktober 2018

Der Antrag auf Prämienverbilligung muss **pro Person** eingereicht werden. Bitte senden Sie diesen Antrag bis spätestens **31. Oktober 2018** an das Amt für Soziale Dienste.

NEUERUNG BEI DER PRÄMIENVERBILLIGUNG IM JAHR 2018:

Ab 2018 wird auch die von der versicherten Person entrichtete Kostenbeteiligung aus dem Vorjahr aus den Mitteln der Prämienverbilligung gefördert (Abrechnungen jeweils vom Vorjahr beilegen).

Personalien Antragsteller/in

Zivilstand: ❑ ledig ❑ verheiratet ❑ fakt. Lebensgemeinschaft ❑ geschieden /getrennt ❑ verwitwet

Datum der letzten Zivilstandsänderung (z.B. Heirat, verwitwet):

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Strasse: Nummer:

Postleitzahl: Ort:

Telefon:

E-Mail:

Personalien Ehegatte/Ehegattin oder Lebenspartner/in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ergänzende Fragen

Bei welcher Krankenkasse sind Sie für die obligatorische Krankenpflege versichert?

❑ Concordia ❑ FKB ❑ SWICA

Beschäftigungsverlauf Antragsteller/in

❑ Hausfrau/mann ❑ IV-Rentner/in ❑ AHV-Rentner/in ❑ Student/in ❑ Selbständig (Einzelfirma)

Arbeitgeber/in vom 01.01.2018 – 31.12.2018	Beschäftigungsdauer vom 01.01.2018 – 31.12.2018	Beschäftigungs-grad	In Ausbildung	
			ja	nein
	vom: bis:	%	❑	❑
	vom: bis:	%	❑	❑

Beziehen bzw. bezogen Sie im Jahr 2018 Arbeitslosenentschädigung? ❑ ja ❑ nein
Beziehen bzw. bezogen Sie im Jahr 2018 einen Sozialhilfebeitrag? ❑ ja ❑ nein
Sind Sie (aufgrund chronischer Erkrankung) von der obligatorischen Kostenbeteiligung befreit? ❑ ja ❑ nein

Bankverbindung Antragssteller/in

❑ Bank/Name ❑ Postcheckkonto/Ort:

IBAN. Nr.: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

Kontoinhaber/in:

Der massgebende Erwerb setzt sich aus folgenden Positionen der Steuerveranlagung zusammen:

- Steuerpflichtiger Erwerb (Ziff. 15 der Steuererklärung abzgl. Sollertrag des Vermögens Ziff.14.6).
- Kapitalleistungen der betrieblichen Personalvorsorge.
- plus 5% des Reinvermögens (Ziff. 6 der Steuererklärung).

Personen, welche im Jahr 2017 nicht in Liechtenstein steuerpflichtig waren, müssen zusammen mit dem Antrag ihre ausländische Steuerveranlagung vorlegen sowie ihre Vermögensverhältnisse nachweisen.

Erforderliche Belege:

- Kopie der **Versicherungspolice** der Krankenkasse, gültig ab 1.1.2018.
- Für Personen in Zweitausbildung: Kopie des Fähigkeitszeugnisses der Erstausbildung oder Diplom Bachelor (siehe Merkblatt).
- Bestätigung der Krankenkasse über die Kostenbeteiligungen 2017.

*****Der/Die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass alle Positionen in den genannten Ziffern der Steuerveranlagung für das Jahr 2017 korrekt sind und sämtliche Angaben wahrheitsgetreu und vollständig erteilt wurden.

Ort und Datum: Unterschrift Antragsteller/in*****

Unterschrift eingetragener Partner/eingetragene Partnerin oder Lebenspartner/in
Für die Einholung der Daten betr. des massgebenden Erwerbs Ihres Partners/Ihrer Partnerin ist seine/ihre Einwilligung erforderlich. Die Zustimmung ist durch Unterschrift zu erteilen.

Ort und Datum: Unterschrift Partner/in*****
Ich bin einverstanden, dass mein massgebender Erwerb von der Gemeindesteuerkasse bekannt gegeben wird.