



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Caisse de compensation
Ausgleichskasse**

Impasse de la Colline 1
1762 Givisiez

Eingang des Antrags bei der Gemeinde

Tel FR 026 305 45 00
Tel DE 026 305 45 01
Fax 026 305 52 88
Mail: ecasfrpi@fr.ch

Antrag auf Prämienverbilligung

(Ausführungsgesetz vom 24.11.1995 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung)

Der Staat gewährt Versicherten, Paaren und Familien in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Damit soll die finanzielle Belastung durch die obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung erleichtert werden. Die Bezugsberechtigung wird von uns geprüft, wenn alle Daten vollständig angegeben und die Unterlagen eingereicht sind. **Wir bitten Sie deshalb, den Antrag vollständig auszufüllen (Blockschrift) und dem Gemeinderat der Wohnsitzgemeinde einzureichen.** Die beigelegte Wegleitung dient zum Ausfüllen der Anmeldung.

1. Antragstellende Person

Vers.-Nr. (AHV) _____ Steuer-Nr. _____
 Familienname _____ Vorname _____ Geschlecht _____
 Strasse _____ PLZ/Ort _____
 Geburtsdatum _____ Heimatstaat _____ Bew.-Typ _____
 Zivilstand _____ seit _____
 Tel.Nr. P _____ Tel. Nr. G _____
 Krankenkasse _____
 Wohnhaft im Kanton Freiburg seit _____
 Beruf/Ausbildung _____
 Befinden Sie sich in Ausbildung/im Studium? ja nein
 Dauer der Ausbildung von _____ bis _____

Für Jugendliche unter 25 Jahre

Haben Eltern oder Drittpersonen für Sie den Kinder- oder
 Unterstützungsabzug geltend gemacht? ja nein
 Wenn ja,
 Name und Adresse der Eltern oder Drittperson _____

2. Ehegatte/Ehegattin

Familienname _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Heimatstaat _____ Bew.-Typ _____
 Vers.-Nr. (AHV) _____ Geschlecht w m
 Krankenkasse _____

3. Kinder bis zum 25. Altersjahr

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht w/m	Krankenkasse
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Für Jugendliche ab dem 19. Altersjahr ist eine Ausbildungsbestätigung (Lehrvertrag/Studienausweis) beizulegen

4. Vertreteradresse

Für Antragsteller/innen, die vertreten werden (Vormund, Sozialdienst etc.).

Name, Vorname des Vertreters	_____
Genauere Adressbezeichnung	_____
Strasse, Nr.	_____
PLZ Ort	_____

5. Ergänzungsleistung

Erhält eine der Personen Ergänzungsleistungen zur AHV- oder IV-Rente? ja nein

Wenn ja, für wen? _____

6. Zwingende Beilagen pro Person

- Versicherungsausweise der Krankenversicherung nach KVG
- Kopie der fremdenpolizeilichen Aufenthaltsbewilligung

Die Richtigkeit und Vollständigkeit aller gemachten Angaben wird bestätigt

Ort und Datum	Unterschrift
_____	_____

**Jeder nach dem 31. August des Jahres eingereichte Antrag wird als unzulässig angesehen.
(Art. 2 Abs. 1 Staatsratsverordnung)**

Bemerkungen und Bestätigung des Gemeinderates

Wir bestätigen, dass die obigen Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Bemerkungen:

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift des Gemeinderates
---------------	--