

AHV-Nr. _____

Eingangsstempel der Sovar

Prämienverbilligung bei Zuzug aus dem Ausland - Antrag für das Jahr 2024

Bitte die Anmeldung in Blockschrift ausfüllen. Der Anspruch auf Prämienverbilligung beginnt bei Zuzug aus dem Ausland mit dem Monat der Antragsstellung.

1. Antragsteller/in

Name Vorname

Strasse PLZ / Ort

Geburtsdatum Geschlecht Frau Mann

Zivilstand seit (TT/MM/JJ)

Telefon E-Mail

Zivilrechtlicher Wohnsitz in Schweiz

2. Zusätzliche Angaben

- a) Seit wann sind Sie in der Schweiz erwerbstätig?
- b) Für Personen mit Jahrgang 1999 oder jünger: Befinden Sie sich am 1.1.2024 in Ausbildung? Falls Ja: Dieses Antragsformular müssen die Eltern als Antragssteller ausfüllen. ja nein

3. Weitere Personen, für welche eine Prämienverbilligung beansprucht wird

- a) Ehepartner/in, der/die gemeinsam besteuert wird:
Name Vorname Geburtsdatum
- b) Seit wann sind Sie in der Schweiz erwerbstätig?
- c) Kinder der Jahrgänge 2006 - 2024

Name	Vorname	m	w	Geburtsdatum

c) Kinder mit Jahrgängen 1999 – 2005, welche sich am 1.1.2024 in Ausbildung befinden

Name	Vorname	Geburtsdatum
Ausbildung als	von	bis
Zivilrechtlicher Wohnsitz 1.1.2024:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Ausbildung als	von	bis
Zivilrechtlicher Wohnsitz 1.1.2024:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Ausbildung als	von	bis
Zivilrechtlicher Wohnsitz 1.1.2024:		

4. Auszahlung

Sofern ein Anspruch auf Prämienverbilligung besteht, erfolgt die Auszahlung direkt an die entsprechenden Krankenversicherer. Diese nehmen eine Verrechnung mit dem Prämienkonto vor.

5. Zustellung der Verfügung

Sofern die Zustellung der Verfügung nicht an den Antragsteller / die Antragstellerin erfolgen soll, bitte die entsprechende Zustelladresse angeben:

.....
.....

6. Bitte folgende Kopien beilegen:

- Lohnabrechnungen sämtlicher Antragssteller seit Beginn der Erwerbstätigkeit in der Schweiz
- Krankenversicherer-Policen sämtlicher Familienmitglieder für 2024, aus denen die KVG-Prämie mit Jahresfranchise hervorgehen

7. Die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben bestätigt:

..... Ort, Datum Unterschrift Antragssteller/in oder Vertreter/in (Verwandte/r, Vormund, Behörde)
---------------------	--

Bitte das Antragsformular bei den Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden einreichen.