



AMT FÜR SOZIALE DIENSTE
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Antrag auf Prämienverbilligung für einkommensschwache Versicherte

Amt für Soziale Dienste
Postplatz 2
Postfach 63
9494 Schaan

JAHR 2019

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 2019**, gestützt auf die rechtskräftige Steuerveranlagung des Vorjahres, sowie die Kostenbeteiligung im Jahr **2018**, gestützt auf die Bestätigung der Krankenkasse.

Eingabefrist: 31. Oktober 2019

Der Antrag auf Prämienverbilligung muss pro Person eingereicht werden. Bitte senden Sie diesen Antrag bis **31. Oktober 2019** an das Amt für Soziale Dienste.

Personalien Antragsteller/in

Zivilstand: ledig verheiratet fakt. Lebens-
gemeinschaft geschieden/
getrennt verwitwet

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

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Strasse:

Nummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Personalien Ehe- oder Lebenspartner/in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse sind Sie für die obligatorische Krankenpflege versichert?

- Concordia FKB SWICA

Beschäftigungsverlauf der antragstellenden Person

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

Arbeitgeber/in 01.01.2019 - 31.12.2019	Beschäftigungsdauer 01.01.2019 - 31.12.2019	Beschäftigungs- grad	In Ausbildung	
			ja	nein
	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Beziehen bzw. bezogen Sie im Jahr 2019 Arbeitslosenentschädigung? ja nein
 Beziehen bzw. bezogen Sie im Jahr 2019 einen Sozialhilfebeitrag? ja nein
 Sind Sie (aufgrund chronischer Erkrankung) von der obligatorischen
 Kostenbeteiligung befreit? ja nein

Angaben zur Auszahlung der Prämienverbilligung

Auszahlung an die Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass die Prämienverbilligung
 direkt an meine Krankenkasse ausbezahlt wird:

- ja nein

Die freiwillige direkte Auszahlung an die Krankenkasse wird allfälligen offenen bzw. künftigen
 Prämien oder Kostenbeteiligungen angerechnet.

Auszahlung an die antragstellende Person - Bankverbindung

- Bank/Name Postcheckkonto/Ort:

IBAN-Nr.:

Kontoinhaber/in:

Zur Überweisung auf ein Konto einer Drittperson wird eine Vollmacht der antragsstellenden
 Person benötigt (ausser Partner/in, Eltern).

Information zum massgebenden Erwerb

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

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

Der massgebende Erwerb wird von der Gemeindesteuerkasse direkt dem Amt für Soziale Dienste bekannt gegeben.

Antragstellende Personen oder deren Ehe-oder Lebenspartner/innen, die im Jahr 2018 nicht in Liechtenstein steuerpflichtig waren, müssen zusammen mit dem Antrag die ausländische Steuerveranlagung vorlegen sowie die Vermögensverhältnisse nachweisen.

Erforderliche Belege

<input type="checkbox"/>	Kopie der Versicherungspolice der Krankenkasse, gültig ab 1.1.2019
<input type="checkbox"/>	Abrechnungen resp. Bestätigung der Krankenkasse über die Kostenbeteiligung 2018
<input type="checkbox"/>	Für Personen in Zweitausbildung: Kopie des Fähigkeitszeugnisses der Erstausbildung oder Diplom Bachelor (siehe Merkblatt)
<input type="checkbox"/>	Für antragsstellende Personen oder deren Ehe- oder Lebenspartner/innen, die 2018 nicht in Liechtenstein steuerpflichtig waren: Ausländische Steuerveranlagung sowie Nachweis der Vermögensverhältnisse
<input type="checkbox"/>	Überweisung auf ein Konto einer Drittperson: Vollmacht der antragstellenden Person

Der/die Antragsteller/in bestätigt hiermit, dass alle Positionen in den genannten Ziffern der Steuerveranlagung für das Jahr 2018 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.
