

Antragsformular Behandlungs- und Zahnstellungskosten

Bitte ausgefüllt und unterschrieben mit den entsprechenden Unterlagen einsenden an:
Schulverwaltung Hombrechtikon, Feldbachstrasse 7, 8634 Hombrechtikon

Der Antrag bezieht sich auf folgende Schüler/in:

| | |
|----------------|--------------|
| Name / Vorname | Geburtsdatum |
| | |

Betrifft (zutreffendes ankreuzen): Zahnbehandlungen Zahnstellungskorrekturen

Wir beziehen wirtschaftliche Sozialhilfe: Nein Ja → Betreuer/in:

Vor der Behandlung sind folgende Unterlagen der Schulverwaltung einzureichen:

- | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Kopie der Bescheinigung der Sozialversicherungsanstalt (SVA) über die Krankenkassenprämienverbilligung (IPV) |
| 2. | Bei kieferorthopädischen Massnahmen ist zwingend im Voraus der schriftliche Kostenvoranschlag mit vorliegender Bestätigung des Schweregrades 3 oder 4 des Zahnarztes beizufügen. |

Nach erfolgter Behandlung an die Schulverwaltung einzureichen:

- | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. | Kopie der Zahnarztrechnung gemäss revidiertem Zahnarzttarif UV/MV/IV per 01.01.2018 |
| 4. | Kopie der Leistungsabrechnung der Krankenkasse (auch wenn keine Beiträge an die Kosten der Zahnbehandlung oder die Zahnstellungskorrektur ausbezahlt werden) |
| 5. | Kopie der letztjährigen (definitiven) Steuerrechnung Leistungsbezüger, die der Quellensteuer unterstehen, haben eine Kopie der jeweils aktuellsten Einkommens- und Vermögens-nachweise einzureichen |

Der Kostenbeitrag richtet sich nach dem Reglement Schulgesundheit.

Angaben Bank- oder Postverbindung:

| | |
|-----------------------------------------------------------|--|
| Bank / Post Adresse (evtl. Einzahlungsschein beilegen) | |
| IBAN Nummer: | |
| Kontoinhaber: | |
| Bemerkungen: | |

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass das Formular vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt ist

| | |
|--------------|----------------------------|
| Ort / Datum: | Unterschrift: _____ |
|--------------|----------------------------|