|  |
| --- |
| **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) SteuerrechnungLeistungsbezüger, 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |