



Dépôt de la requête à la commune

Demande de réduction des primes

(Loi du 24.11.1995 d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie)

L'Etat accorde aux assurés et aux familles de condition économique modeste des subsides destinés à la réduction des primes. La qualité d'ayant droit est examinée par nos soins dès que toutes les données sont complètes et toutes les pièces produites. C'est pourquoi nous vous prions de remplir la demande de manière complète (en caractère d'imprimerie) puis de la remettre au conseil communal de votre domicile.

1. Requérent

No AVS _____ No chapitre fiscal _____
Nom _____ Prénom _____ Sexe _____
Rue _____ NPA/Localité _____
Date de naiss. _____ Nationalité _____ Permis _____
Etat civil _____ depuis le _____
Tél. privé _____ Tél. prof. _____
Caisse maladie _____
Domicilié dans le canton depuis le _____
Profession/formation _____
Etes-vous en formation ? oui non
Durée de la formation du _____ au _____

Pour les jeunes de moins de 25 ans :

Vos parents ou des tiers ont-ils déjà fait valoir une déduction pour la charge de votre entretien ? oui non
Si oui, nom et adresse des parents ou des tiers _____

2. Conjoint

Nom _____ Prénom _____
Date de naiss. _____ Nationalité _____ Permis _____
No AVS _____ Sexe m f
Caisse maladie _____

3. Enfants jusqu'à 25 ans

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe m/f	Caisse-maladie
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Prière de joindre une attestation de formation (contrat d'apprentissage ou attestation d'études) pour les enfants dès 18 ans et +.

4. Adresse du représentant

Pour les requérants qui sont représentés (Tuteur, Service social, etc.).

Nom, prénom du représentant	Désignation exacte de l'adresse
_____	_____
Rue, no	NPA/Localité
_____	_____
Date de naissance	_____

5. Prestation complémentaire

Une des personnes ci-dessus reçoit-elle des prestations complémentaires AVS/AI ? oui non

Si oui, laquelle/lesquelles ? _____

6. Joindre obligatoirement pour chaque personne

- Certificat/Police d'assurance de la caisse-maladie, primes LAMal
- Copie de l'autorisation de séjour délivrée par le Service de la population et des migrants (étrangers)
- Copie du certificat de salaire **annuel de l'année précédente** pour **les personnes imposées à la source**

Toutes les indications ci-dessus sont certifiées complètes et conformes à la vérité.

Lieu et date	Signature
_____	_____

Observations et attestation du Conseil communal

Nous confirmons que les indications données ci-dessus sont complètes et conformes à la vérité.

Observations:

Lieu et date	Sceau et signature du Conseil communal
--------------	--