

Reg.-Nr.

PID-Nr.

Gemeinde

**Antrag auf  
Prämienverbilligung 2024**
**Einsendeschluss:  
30. April 2024**

## 1 Antragsteller / Antragstellerin *(Personalien und Familienverhältnisse am 1. Januar 2024)*

Name ..... Vorname .....

Adresse ..... PLZ / Ort .....

Geburtsdatum ..... Telefon-Nr. ....

Zivilstand ..... seit .....

Versicherten-Nr. 

7	5	6							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

 Krankenkasse .....

Junge Erwachsene (*Jahrgänge 1999-2005*):

Waren Sie am Stichtag 1. Januar 2024 in  
Ausbildung?

 ja nein

Wenn ja, bitte Ausbildungsnachweis beilegen.

## 2 Ehepartner *(Personalien und Familienverhältnisse am 1. Januar 2024)*

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....

Versicherten-Nr. 

7	5	6							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

 Krankenkasse .....

## 3 Kinder bis zum 18. Altersjahr *(Jahrgänge 2006-2023)*

Name/Vorname	m	w	Geb.-Datum	Krankenkasse
1 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
2 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
3 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
4 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
5 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

#### 4 Zusatzfragen

- Werden Sie quellenbesteuert?  ja  nein
- Bezieht eine auf dem Formular aufgeführte Person - Sozialhilfe?  ja  nein
- - Ergänzungsleistungen zur AHV/IV?  ja  nein

#### 5 Unterschrift

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind. Er/Sie nimmt zur Kenntnis, dass der Prämienverbilligungs-Betrag dem Amt für Steuern Uri bekannt gegeben wird.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller/in

.....  
Unterschrift Ehepartner

#### 6 Bemerkungen

#### 7 Wirtschaftliche Sozialhilfe; Bestätigung des Sozialdienstes

Die aufgeführten Personen beziehen folgende Leistungen nach Sozialhilfegesetz (SHG):

- Wirtschaftliche Sozialhilfe nach Artikel 27 ff SHG von: ..... bis: .....

Die wirtschaftliche Sozialhilfe beinhaltet insbesondere sämtliche Krankheitskosten (Prämien, Franchise und Selbstbehalt) für das laufende Jahr.

.....  
Ort und Datum

.....  
Stempel / Unterschrift  
des Sozialdienstes: