

**Beitragsgesuch an die Behandlungskosten
gemäss Verordnung über den schulzahnärztlichen Dienst**

Personalien

Schüler/in: Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Eltern: Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters / der gesetzlichen Vertreterin:

Adresse: _____

Tel.Nummer: _____

Für getrennt lebende / geschiedene Eltern:

- Werden die Kinder gemeinsam betreut? Ja / Nein
- Besteht eine Alimentenvereinbarung? Ja / Nein

Für Konkubinatspaare: Name und Vorname der/des Konkubinatspartners/-partnerin:

Seit wann leben Sie im gemeinsamen Haushalt: _____

Für Sozialhilfebezüger: Bei Bezug von Sozialleistungen ist der Sozialdienst für die Kostenübernahme zuständig.

Angaben zur Krankenkasse

Name der Krankenkasse: _____

Die Krankenkasse zahlt an die Rechnung des Zahnarztes/der Zahnärztin:

Fr. _____ pro Jahr / pro Fall / ... (bitte ankreuzen, Bemerkungen auf der Rückseite anbringen)

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Verfügung der Schulzahnpflegestelle als zuständigen Gemeindebehörde

Dem Antrag der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers für eine Beitragsleistung wird gemäss Beitragstabelle der Verordnung über den schulzahnärztlichen Dienst entsprochen:

Ja / Nein

Der bewilligte Gemeindebeitrag aufgrund der aktuell gültigen Steuerveranlagung beträgt nach Abzug der Krankenkassenleistungen sowie des jährlichen Selbstbehalts von Fr. 100.-- pro Kind/Kalenderjahr (bei einem Maximum beitragsberechtigter Kosten von Fr. 1'000.-- pro Kind/Kalenderjahr): _____ %

Der Beitrag bestimmt sich jährlich neu aufgrund der rechtskräftigen oder provisorischen Veranlagung der letzten Steuerperiode.

Unterschrift der Schulzahnpflegeleitung:

Ort/Datum: _____