|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Amt für Sozialversicherungen  Abteilung Prämienverbilligung  Forelstrasse 1  3072 Ostermundigen |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Überprüfung Anrecht auf Prämienverbilligung**

Ich / wir habe(n) im Jahr \_\_\_\_\_\_ Hilflosenentschädigung erhalten und habe(n) diese in der  
Steuererklärung unter Ziffer 2.25 (nicht steuerbare Einkünfte) deklariert.

Bitte überprüfen Sie mein Anrecht auf Prämienverbilligung.

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: 756.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_

Die Hilflosenentschädigung wurde ausgerichtet für ...:

für mich / uns selber

meinen Ehepartner \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mein / unser Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Hinweise:*

* Dieses Formular muss jährlich, bis spätestens am 31. Dezember, an das Amt für Sozialver­sicherungen und Stiftungsaufsicht eingereicht werden.
* Eine Korrektur kann erst nach Vorliegen der definitiven Steuerveranlagung erfolgen. Deshalb kann es sein, dass diese Anfrage erst nach einigen Wochen / Monaten beantwortet wird.