

Schulsekretariat Schule Kirchlindach Herrenschwanden
Lindachstrasse 17
3038 Kirchlindach

Antrag um einen Gemeindebeitrag an die Behandlungskosten für Personen ohne Sozialhilfeunterstützung

Der / die Unterzeichnende stellt das Gesuch um einen Beitrag an die Behandlungskosten für:

Angaben Schüler/in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Kontaktadresse Gesuchstellerin resp. Gesuchsteller (Eltern bzw. Erziehungsberechtigte)

Name

Vorname

Strasse und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefonnummer

E-Mail

Name Krankenkasse oder -versicherung

Leistung Krankenkasse oder -versicherung
an die betroffene Rechnung

Kontoverbindung

Bankverbindung für Auszahlung
(IBAN-Nummer)

Konto lautend auf

Bank

Gemeinde Kirchlindach

Lindachstrasse 17
3038 Kirchlindach

T 031 828 21 11

M schulsekretariat@kirchlindach.ch

W kirchlindach.ch / schule-kihe.ch

Angaben behandelnder Zahnarzt resp. behandelnde Zahnärztin

Name

Rechnungsdatum

Rechnungsbetrag

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätige ich, die obenstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und ermächtige die zuständige Behörde, in Bezug auf die Prüfung des vorliegenden Gesuches, Einsicht in meine Steuerdaten zu nehmen.

Datum

Unterschrift

Beilagen (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Behandlungskostenrechnung des Zahnarztes resp. der Zahnärztin
- Abrechnung der Krankenkasse oder anderer Kostenträger
- Nachweis über die tatsächlich vorgenommene Bezahlung der entsprechenden Behandlungskosten

Hinweis

Wir bitten Sie, das Formular auszudrucken, zu unterschreiben und mit allen aufgeführten Beilagen beim Schulsekretariat einzureichen.

Gemeinde Kirchlindach

Lindachstrasse 17
3038 Kirchlindach

T 031 828 21 11

M schulsekretariat@kirchlindach.ch

W kirchlindach.ch / schule-kihe.ch