



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
--------------	--