 Département de la santé, des affaires sociales et de la culture

**Formular zu Handen**

**des SMZO**

 Service de la santé publique

 Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur

 Dienststelle für Gesundheitswesen

**Spezielles Subventionsgesuch 2024**

für die Krankenversicherungsprämien

(Kantonales Gesetz über die Krankenversicherung vom 22. Juni 1995, Verordnung vom 16. November 2011)

Name und Vorname:

Strasse:

Postleitzahl und Wohnort:       seit:       Herkommend von:

Zivilstand: [ ] ledig [ ] verheiratet/in eingetrag. Partnerschaft [ ] verwitwet [ ] geschieden [ ] getrennt [ ] Konkubinat

seit:

Herkunftsland:       Aufenthaltsbewilligung [ ] B [ ] C [ ] F [ ] L [ ] N seit:

Falls des/die Gesuchsteller/in mit dem Vater oder der Mutter des Kindes/der Kinder im gleichen Haushalt wohnt und nicht verheiratet sind, bitten wir Sie, uns dessen/deren Namen, Vornamen und das Geburtsdatum mitzuteilen:

Grund für das spezielle Subventionsgesuch: [ ] Sozialhilfe [ ] nicht ausreichendes Einkommen

Beginn der Hilfe: Monat       Jahr

**Familienmitglieder wohnhaft im Wallis, welche im gleichen Haushalt leben**

(Situation am 1. Januar des Subventionsjahres)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gesuchsteller (Name, Vorname)      | Geburtsdatum(Tag, Monat, Jahr)      | AHV-Nummer      |
| Gattin des Gesuchstellers wohnhaft im Wallis, welche im gleichen Haushalt leben (Name, Vorname)      |       |       |
| Kinder wohnhaft im Wallis, welche im gleichen Haushalt leben(geboren nach dem 31. Dezember 2003 – Name, Vorname)      |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

Junge Erwachsene, welche am 31. Dezember 2023, 20 Jahre alt werden, reichen ein eigenes Gesuch ein.

**Siehe Rückseite**

**Obligatorische Dokumente, welche dem Gesuch beizulegen sind:**

|  |
| --- |
| Monatlicher und zeitlich festgelegter Unterstützungsentscheid mit der Erwähnung vom Anfangsdatum der Sozialhilfe und einem Stempel vom SMZO |
| Unterschriebene und zeitlich festgelegte Kommunale Bestätigung |
| Kopie der Versicherungspolice der Krankenkasse für die ganze Familie für das Jahr 2024 |
| Kopie der Aufenthaltsbewilligung für die ganze Familie |

|  |
| --- |
| **Ein unvollständiger Antrag kann die Bearbeitung des Gesuchs verzörgern** |

**Allgemeine Bestimmungen**

Das Gesuch muss spätestens bis **31. Dezember 2024** bei der Ausgleichskasse des Kantons Wallis eingereicht werden.

Dem SMZO wird in jedem Fall eine Mitteilung über den Anspruch der Subvention per Post zugestellt. Die eventuellen Subventionen werden direkt der Krankenkasse überwiesen und von den Prämien in Abzug gebracht.

**Erklärung und Unterschrift**

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und nimmt zur Kenntnis, dass er/sie sich durch falsche oder unrichtige Angaben strafbar macht. Unrechtmässig bezogene Beiträge müssen zurückerstattet werden.

+

Ort und Datum: Unterschrift mit Stempel vom SMZO:

|  |
| --- |
| **Dieses Formular ist zu adressieren an:****AUSGLEICHSKASSE DES KANTONS WALLIS, Abteilung Subventionen,****Pratifori 22, Postfach 180, 1950 Sitten** |

Telefon: 027 324 91 11 cms@avs.vs.ch www.avs.vs.ch