



SVA St.Gallen
Prämienerbilligung
Brauerstrasse 54
Postfach
9016 St.Gallen

Anmeldung für die individuelle Prämienerbilligung für ehemalige EL-Beziehende

Dieses Anmeldeformular kann genutzt werden, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist:

- Sie haben Ergänzungsleistungen von der SVA St.Gallen erhalten, die rückwirkend eingestellt worden sind.

Für eine Anmeldung für individuelle Prämienerbilligungen des laufenden Jahres verwenden Sie bitte lediglich das Formular:
www.svasg.ch/jpv-anmeldung

Ein unvollständiger Antrag verzögert die Bearbeitung.

1 Personalien Antragsteller/in

AHV-Nummer	
Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Krankenversicherung (KVG)	
Wegfall EL ab (Monat, Jahr)	

Zivilstand:

<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> getrennt*	seit	
<input type="checkbox"/> verheiratet*	seit		<input type="checkbox"/> geschieden*	seit
<input type="checkbox"/> verwitwet*	seit		<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft*	seit

* unbedingt genaues Datum angeben

Adresse	PLZ, Ort
Zivilrechtlicher Wohnsitz bei Wegfall EL	Telefon und/oder E-Mail (für allfällige Rückfragen)

Wird für eine Person auf diesem Antrag Sozialhilfe bezogen? Ja Nein

Falls ja, für wen?

2 Personalien Ehepartner/in und Kinder (bitte bei Bedarf Zusatzblätter verwenden)

Ehepartner/in

AHV-Nummer	
Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Krankenversicherung (KVG)	
Wegfall EL ab (Monat, Jahr)	

Kinder

AHV-Nummer	
Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Krankenversicherung (KVG)	
Wegfall EL ab (Monat, Jahr)	

AHV-Nummer	
Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Krankenversicherung (KVG)	
Wegfall EL ab (Monat, Jahr)	

AHV-Nummer	
Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Krankenversicherung (KVG)	
Wegfall EL ab (Monat, Jahr)	

AHV-Nummer	
Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Krankenversicherung (KVG)	
Wegfall EL ab (Monat, Jahr)	

3 Bestätigung der antragstellenden Person

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

AHV-Nummer