

**Betrifft:** Name / Vorname:

geboren:

Schule:

Zahnbehandlung vom bis

Zahnarzt:

**Gesuchsteller:** Name:

Vorname:

Adresse:

e-mail:

Telefon-Nr.:

Zahlungsverbindung: **bitte ES beilegen !**

Familie

alleinerziehend

drittplatziert

Spezialität

Rechnung vom

Rechnungsbetrag

Anteil Krankenkasse -

Anteil and. Versicherung -

Datum:

Unterschrift GesuchstellerIn:.....

**❶ Betrag zur Festsetzung des Behandlungskostenbeitrages** \_\_\_\_\_

steuerbares Einkommen (Ziff 14 Steuererkl.)

gesetzliche Vertreter, resp.

gesetzlicher Vertreter / gesetzliche Vertreterin \_\_\_\_\_

Visum Steuerbehörde: \_\_\_\_\_

steuerbares Vermögen gesetzliche Vertreter,

resp. gesetzlicher Vertreter/

gesetzliche Vertreterin \_\_\_\_\_

Visum Steuerbehörde: \_\_\_\_\_

10 % des steuerbaren Vermögens + \_\_\_\_\_

**❷ Einkommen zur Berechnung des Behandlungskostenbeitrages** \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder für die, die gesetzlichen Vertreter resp. der gesetzlicher Vertreter / die gesetzliche Vertreterin zu sorgen hat

\_\_\_\_\_ Visum: \_\_\_\_\_

**❸ Beitrag Schulzahnpflege** Anteil in % an Ziff. ❶ \_\_\_\_\_%

Anteil in Fr. \_\_\_\_\_

Schwarzenburg, .....

**Schulsekretariat Schwarzenburg**

Die Sekretärin:

**Bemerkungen:**

An die massgebenden Kosten (nach Art. 5) von weniger als Fr. 100.- werden keine Beiträge gewährt. Beträgt der berechnete Behandlungskostenbeitrag der Gemeinde nach Art. 8 weniger als Fr. 50.-, wird dieser nicht ausgerichtet.