

Gesuch um Beitrag der Stadt an die Kosten von Zahn- und kieferorthopädischen Behandlungen

Antragsteller/in (Mutter / Vater / Vormund):

Name Vorname

Strasse/Nr. PLZ/Wohnort.....

Geburtsdatum AHV-Nr. **756**.....

Ehepartner/in | eingetragene(r) Partner/in | im gleichen Haushalt lebende(r) Konkubinatspartner/in, (Mutter/Vater des Kindes):

Name..... Vorname.....

Strasse/Nr. PLZ/Wohnort.....

Geburtsdatum..... AHV-Nr. **756**.....

Betroffenes Kind bzw. betroffene Kinder:

Name..... Vorname..... Geb-Dat.....

Name..... Vorname..... Geb-Dat.....

Name..... Vorname..... Geb-Dat.....

Erhalten Sie Unterstützungsbeiträge z. B. Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung, Leistungen der Sozialen Dienste, Arbeitslosentaggelder? JA NEIN (Wenn ja, bitte Bestätigung beilegen)

Hat Ihr Kind eine Zahnversicherung? JA NEIN (Wenn ja, bitte eine Kopie der Police beilegen)

Einverständniserklärung für die Abklärung um Beitrag der Stadt

Für die Überprüfung des Gesuchs ermächtige ich / ermächtigen wir die Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt St.Gallen bei den zuständigen Steuerbehörden die notwendigen Informationen (Einkommens- und Vermögensverhältnisse) einzuholen.

Ort und Datum.....

Unterschrift Antragsteller/in.....*

Unterschrift Partner/in:.....*

Bei Ehepartnern, eingetragenen Partnerschaften und im gleichen Haushalt lebenden Konkubinatspartnern ist die Unterschrift beider Partner zwingend nötig

Ohne diese Einverständniserklärung werden keine städtischen Beiträge gewährt.

Keine Abklärung um Beitrag von der Stadt

Missbrauchsbestimmung

Alle Angaben sind wahrheitsgetreu auszufüllen. Wird nachträglich festgestellt, dass die Angaben der Inhaber der elterlichen Sorge nicht vollständig oder nicht wahrheitsgetreu sind und wurde aufgrund dessen städtischen Beitrag gewährt, der nicht gerechtfertigt war, so wird den Inhabern der elterlichen Sorge die Differenz zu den vollen Behandlungskosten nachbelastet.

Das Gesuch ist vollständig ausgefüllt und unterzeichnet an die Kinder- und Jugendzahnklinik, Schreinerstrasse 1, 9001 St.Gallen zu senden.

Ich möchte keine Angaben machen und bin damit einverstanden, dass keine städtischen Beiträge gewährt werden.

Betroffenes Kind bzw. betroffene Kinder:

Name..... Vorname..... Geb-Dat.....

Name..... Vorname..... Geb-Dat.....

Name..... Vorname..... Geb-Dat.....

Ort und Datum.....

Unterschrift Antragsteller/in:.....*

Unterschrift Partner/in.....*

* Bei Ehepartnern, eingetragenen Partnerschaften und im gleichen Haushalt lebenden Konkubinatspartnern ist die Unterschrift beider Partner zwingend nötig

Sollten Sie Ihre Meinung ändern oder bei Veränderung Ihres massgebenden Einkommens, können Sie das Formular jederzeit bei uns anfordern.

Diesem Gesuch liegen die rechtlichen Bestimmungen des Reglements über die Kinder- und Jugendzahnklinik zu Grunde.

Nur von der Kinder- und Jugendzahnklinik auszufüllen

Entscheid der Kinder- und Jugendzahnklinik

Beitrag der Stadt:% Steuerperiode:.....

St. Gallen,