|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Office des assurances sociales Service de la réduction des primesForelstrasse 13072 Ostermundigen |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Examen du droit à la réduction des primes d’assurance-maladie**

Pour \_\_\_\_\_\_, j’ai / nous avons reçu une allocation pour impotente ou impotent. Elle a été inscrite dans ma / notre déclaration d’impôt au chiffre 2.25 (revenus non imposables).

Veuillez examiner mon / notre droit à une réduction des primes d’assurance-maladie.

Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro d’assurée ou d’assuré: 756.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_

L’allocation a été versée pour…

[ ]  moi-même / nous-mêmes

[ ]  ma conjointe / mon conjoint \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  mon / notre enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’Office des assurances sociales a besoin de consulter vos documents fiscaux pour examiner votre droit à la réduction des primes. En signant le formulaire, vous acceptez que vos documents fiscaux soient consultés. Pour les personnes mineures ou sous curatelle, la signature de la représentante légale ou du représentant légal est nécessaire.

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Remarques:

* Veuillez nous envoyer une copie de la décision ou l’attestation de votre allocation pour impotente ou impotent.
* En cas de curatelle, veuillez nous transmettre l’acte de nomination.
* Le présent formulaire doit être rempli et remis chaque année à l’Office des assurances sociales le 31 décembre au plus tard.
* Les corrections ne peuvent être apportées qu’après l’établissement de vos données fiscales définitives de l’avant-dernière année. Il est donc possible que la présente demande ne soit examinée qu’après quelques semaines ou quelques mois.