

SCHULZAHNPFLEGE – Gesuch Behandlungskostenbeitrag**Gesuchsteller/in**

Name / Vorname Schüler/in

Lehrperson(en) / Klasse

Schulhaus

Name / Vorname Eltern

Adresse, PLZ / Ort

Telefon

Befundaufnahme (wird vom Zahnarzt/von der Zahnärztin ausgefüllt)

Zahnärztin/Zahnarzt (Name, Ort)

Behandlung notwendig Zahnreinigung empfohlen Kieferorthopädie notwendig

Kostenvoranschlag Fr.

Antwort der ElternWir wünschen die Behandlung Ja Nein

Das Gesuch ist bis zum 31. Dezember des laufenden Schuljahres einzureichen an **die Schulverwaltung Wil, Marktgasse 57, 9500 Wil** oder per Mail an schulzahnpflege@stadtwil.ch. Ansonsten erlischt der Anspruch auf einen Beitrag der Stadt Wil für die veranschlagte Behandlung.

Die Unterzeichnenden erklären sich einverstanden, dass die Stadt Wil beim zuständigen Steueramt die nötigen finanziellen Auskünfte (Einkommens- und Vermögensverhältnisse) einholt.

 Ja, wir sind mit der Einholung der nötigen finanziellen Auskünfte (Einkommens- und Vermögensverhältnisse) einverstanden. Nein, wir sind mit der Einholung der nötigen finanziellen Auskünfte (Einkommens- und Vermögensverhältnisse) nicht einverstanden und verzichten auf eine mögliche Kostenbeteiligung durch die Stadt Wil.

Ohne Ihre Angaben können die finanziellen Auskünfte (Einkommens- und Vermögensverhältnisse) nicht eingeholt und somit keine Schulbeiträge geleistet werden.

Wil, **Unterschrift:**
(aller Erziehungsberechtigten)

Die Unterzeichnenden nehmen von den Bestimmungen über die Schulzahnpflege Kenntnis und erklären sich bereit, den aus der Behandlung erwachsenden Kostenanteil zu zahlen (nach Abzug eines allfälligen Schulbeitrages gemäss Beitragsregulativ der Stadt Wil).

An die Behandlungen leistet die Stadt Wil Beiträge. Grundlage für die Berechnung der Beiträge bildet das massgebende Einkommen zur Berechnung der Prämienverbilligung für die Krankenkasse.

Beilagen für den Antrag zur Kostenanteilübernahme (zwingend)

- Gesuch Behandlungskostenbeitrag
- Kopie der Krankenkassen-Versicherungspolice (inkl. Police der Zusatzversicherung)
- Zahlungsbestätigung der Zahnarztrechnung (auch bei Teilzahlungen)

Einreichung per Post bis spätestens 31. Dezember an

Stadt Wil
Schulverwaltung
Marktgasse 57
9500 Wil

oder unterzeichnet per Mail an schulzahnpflege@stadtwil.ch