



### Ergänzende Fragen

Bei welcher Krankenkasse sind Sie für die obligatorische Krankenpflege versichert?

- Concordia  FKB  SWICA

### Beschäftigungsverlauf Antragsteller/in

- Hausfrau/mann  IV-Rentner/in  AHV-Rentner/in  Student/in  Selbständig (Einzelfirma)

Arbeitgeber/in vom 01.01.2018 – 31.12.2018	Beschäftigungsdauer vom 01.01.2018 – 31.12.2018	Beschäftigungs- grad	In Ausbil- dung	
			ja	nein
	vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Beziehen bzw. bezogen Sie im Jahr 2018 Arbeitslosenentschädigung?  ja  nein  
Beziehen bzw. bezogen Sie im Jahr 2018 einen Sozialhilfebeitrag?  ja  nein  
Sind Sie (aufgrund chronischer Erkrankung) von der obligatorischen  
Kostenbeteiligung befreit?  ja  nein

### Bankverbindung Antragssteller/in

- Bank/Name  Postcheckkonto/Ort:

IBAN. Nr.:

Kontoinhaber/in:

### Der massgebende Erwerb setzt sich aus folgenden Positionen der Steuerveranlagung zusammen:

- Steuerpflichtiger Erwerb (Ziff. 15 der Steuererklärung abzgl. Sollertrag des Vermögens Ziff.14.6).
- Kapitaleistungen der betrieblichen Personalvorsorge.
- plus 5% des Reinvermögens (Ziff. 6 der Steuererklärung).

**Personen, welche im Jahr 2017 nicht in Liechtenstein steuerpflichtig waren**, müssen zusammen mit dem Antrag ihre ausländische Steuerveranlagung vorlegen sowie ihre Vermögensverhältnisse nachweisen.

### Erforderliche Belege:

- Kopie der **Versicherungspolice** der Krankenkasse, gültig ab 1.1.2018.
- Für Personen in Zweitausbildung: Kopie des Fähigkeitszeugnisses der Erstausbildung oder Diplom Bachelor (siehe Merkblatt).
- Bestätigung der Krankenkasse über die Kostenbeteiligungen 2017.

\*Der/Die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass alle Positionen in den genannten Ziffern der Steueranlage für das Jahr 2017 korrekt sind und sämtliche Angaben wahrheitsgetreu und vollständig erteilt wurden.

Ort und Datum:

Unterschrift Antragsteller/in\*

---

---

**Unterschrift eingetragener Partner/eingetragene Partnerin oder Lebenspartner/in**

Für die Einholung der Daten betr. des massgebenden Erwerbs Ihres Partners/Ihrer Partnerin ist seine/ihre Einwilligung erforderlich. Die Zustimmung ist durch Unterschrift zu erteilen.

Ort und Datum:

Unterschrift Partner/in\*

Ich bin einverstanden, dass mein massgebender Erwerb von der Gemeindesteuerkasse bekannt gegeben wird.

---

---