

## Formulaire de demande de subside pour les soins dentaires (excepté soins orthodontiques) d'un enfant domicilié à Milvignes

### 1. Personne détentrice de l'autorité parentale (ci-après « demandeur ») et éventuel conjoint ou personne vivant en communauté avec le demandeur :

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Etat civil : _____	Etat civil : _____
Caisse-maladie : _____	Caisse-maladie : _____

### 2. Personne et/ou enfant(s) à charge, habitant avec le demandeur :

Nom et Prénom	Date de naissance	Caisse-maladie
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### 3. Informations complémentaires

Je demande que les prestations, auxquelles je pourrais avoir droit, me soient versées :  
(mettre une croix dans la case qui convient)

- Sur mon compte de chèques postaux n°: \_\_\_\_\_
- Sur mon compte bancaire n°: \_\_\_\_\_

### 4. Pièces justificatives

Afin de pouvoir bénéficier de l'éventuel subside, le demandeur doit remettre à l'administration communale :

- La facture originale du dentiste et une attestation de la caisse-maladie précisant qu'aucune participation n'est prise en compte.
- ou
- Une copie de la facture du dentiste et du décompte de participation financière de la caisse-maladie.
  - La preuve de paiement de la facture du dentiste / caisse maladie.
  - Copie de la dernière taxation fiscale, mentionnant le revenu et la fortune imposable.

Le(s) soussigné(s) autorise(nt) l'administration communale à prendre connaissance de toutes les données fiscales le(s) concernant, auprès de l'administration cantonale des contributions.

Le(s) soussigné(s) certifie(nt) sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus, et atteste(nt) par sa (leurs) signature(s) ci-dessous, avoir pris connaissance de l'arrêté du Conseil général du 2 juin 2016.

Signature du demandeur :

Signature du conjoint ou de la personne participant  
Financièrement à la vie communautaire :

Colombier, le \_\_\_\_\_