

**Formulaire à remplir complètement, à
signer et à retourner, accompagné des
annexes requises, à la** →

Caisse de compensation du canton du Jura
Case postale 368
2350 Saignelégier

Requête S

Année 2019

Requête en vue de l'obtention d'une réduction des primes dans l'assurance-maladie

Attention : dernier délai pour le dépôt de la requête : 31 décembre 2019

REQUERANT-E RESIDANT DANS LE CANTON imposé-e à la source		N° AVS :	
NOM :		PRENOM :	
NO DE TELEPHONE :		NOMBRE D'ENFANT(S) À CHARGE DANS LE CANTON :		
DATE DE NAISSANCE :		SEXE (H ou F) :	NATIONALITE :	
ETAT CIVIL :		ETAT CIVIL DIFFERENT EN 2018 (EVT. 2019) :		
ADRESSE :		NPA :	DOMICILE :	
DATE D'ARRIVEE DANS LE CANTON :		D'OÙ :	PERMIS :	
PROFESSION :		NOMBRE D'ENFANT(S) À CHARGE :		
AVEZ-VOUS ETE OCCUPE-E DANS LE CANTON EN 2018 ?		SI OUI, DU	AU	
EMPLOYEUR ACTUEL :				
LE CONJOINT RESIDE-T-IL ACTUELLEMENT DANS LE CANTON ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, PERMIS :				
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	EMPLOYEUR	
.....	
POUR LES ENFANTS A CHARGE, PERSONNE QUI ASSUME LEUR ENTRETIEN (PERE ET MERE) :				
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	EMPLOYEUR	
.....	
NOM DE L'ASSUREUR-MALADIE :		N° D'ASSURE(E) :		
.....			

Par la signature de ce formulaire, vous attestez avoir pris connaissance de ce qui suit.

Les indications figurant sur le formulaire et ses annexes (par exemple les attestations de toute sorte) doivent être véridiques et complètes. Il en est de même des informations ou documents qui nous seront remis par la suite. En cas de modification de la situation, il faut nous en informer dès que possible. Si, malgré nos procédures pour les éviter, des erreurs sont constatées au sujet des informations qui nous ont été données, il faudra immédiatement nous demander de les rectifier.

Nous devons vous mettre en garde que si vous ne vous conformez pas à ce qui précède en vue d'obtenir ou de continuer de percevoir des prestations auxquelles vous n'avez pas ou plus droit, vous risquez des poursuites pénales et une peine de prison pouvant aller jusqu'à une année, ou une peine pécuniaire (article 148a du Code pénal). De plus, les prestations indues devront être restituées.

Lieu et date :

Signature :

_____ Pour les personnes mineures ou sous tutelle, la signature du représentant légal est indispensable

**Annexes : - fiche(s) du dernier salaire touché par le requérant (et son conjoint)
- copie de la police d'assurance-maladie obligatoire des soins 2019**