



## **Gesuch Behandlungskostenbeitrag Schulzahnpflege**

(Geltendmachung eines Behandlungskostenbeitrages der Einwohnergemeinde Bremgarten für Personen ohne Sozialhilfeunterstützung)

### **Behandelte Person (Schüler/in):**

Name / Vorname:	
Adresse (Strasse):	
PLZ / Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Schulklasse:	
Behandelnder Zahnarzt:	

### **Gesetzlicher Vertreter:**

Name / Vorname:	
Adresse (Strasse):	
PLZ / Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Telefon, E-Mail:	
Anzahl Kinder (unter 18)	
Bemerkungen	

Die gesetzliche Vertretung erteilt hiermit die Einwilligung zur Auskunftserteilung in Bezug auf die Prüfung des vorliegenden Gesuches durch die Steuerbehörden (gemäss Art. 153 Abs. 2 lit a Steuergesetz).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(gesetzliche Vertretung)

#### Beilagen:

- Behandlungskostenrechnung des Zahnarztes (Kopie)
- Abrechnung der Krankenkasse oder anderer Kostenträger
- Zahlungsnachweis (Nachweis über die tatsächliche Bezahlung der entsprechenden Rechnung)
- Einzahlungsschein (bzw. Bekanntgabe der Zahlungsverbindung) für die allfällige Überweisung des Betrages

Das Gesuch ist vollständig ausgefüllt und unterzeichnet mit allen Beilagen der Gemeinde Bremgarten, Fachbereich Finanzen, Chutzenstrasse 12, 3047 Bremgarten, zuzustellen.