



Direktion für Inneres und Justiz
Amt für Sozialversicherungen
Abteilung Finanztransfer und Führungsunterstützung

Forelstrasse 1
3072 Ostermundigen
+41 31 636 52 00
asv.lo@be.ch
www.be.ch/pvo

Rückerstattung von Prämienverbilligungsbeiträgen

Version vom November 2021

Aufgrund einer Rückforderung der Sozialhilfeleistungen nach Art. 40 SHG Abs. 5.

Familienvorstand und Ehepartnerin/Ehepartner

Persönliche Angaben	Familienvorstand	Ehepartnerin/Ehepartner
Familienname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SV-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ZPV-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kinder, die im gleichen Haushalt wohnen / wohnten

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	SV-Nr.	ZPV-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rückforderungsperiode

Familienname	Vorname	Datum Rückforderungsperiode von	Datum Rückforderungsperiode bis	Datum Rechtskräftigkeit, Entscheid bzw. Zahlungseingang*

* rechtskräftiger Entscheid beilegen

Zuständiger Sozialdienst

Gemeinde

Sozialdienst

Adresse

PLZ

Ort

Zuständige Person

Direkte Telefonnummer

E-Mail

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift

Bemerkungen fakultativ