

Ausgleichskasse des Kantons Solothurn
Abteilung IPV
Allmendweg 6
4528 Zuchwil

Anmeldung für individuelle Prämienverbilligung IPV 2026

Wohnsitz am 01.01.2026 _____

Sozial-Vers. Nr. 756._____

Steuernummer / PID _____

Antragsstellende Person (massgebend sind die persönlichen Verhältnisse am 1. Januar 2026)

Familienname _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w Zivilstand _____ seit _____

Krankenversicherer _____

Partner/in (Ehepaar / eingetragene Partnerschaft)

Familienname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w Zivilstand _____ seit _____

Krankenversicherer _____ Sozial-Vers. Nr. 756._____

Personen in Ausbildung und Kinder

Name	Vorname	Geschlecht	Geb. Datum	Krankenversicherer	Sozial-Vers. Nr.
_____	_____	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	_____	_____	756._____
_____	_____	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	_____	_____	756._____
_____	_____	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	_____	_____	756._____
_____	_____	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	_____	_____	756._____
_____	_____	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	_____	_____	756._____
_____	_____	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	_____	_____	756._____

Details zur Ausbildung am 1. Januar 2026

Name der/des Auszubildenden _____

Ausbildungsdauer _____

Name der/des Auszubildenden _____

Ausbildungsdauer _____

Name der/des Auszubildenden _____

Ausbildungsdauer _____

Bitte legen Sie die Kopie eines Ausbildungsnachweises (Lehrvertrag, Studienbestätigung, Immatrikulations-bestätigung, usw.) mit Stand per 1. Januar 2026 bei.

Wirtschaftliche Lage

Hat sich Ihre finanzielle Lage seit der rechtskräftigen Steuerveranlagung 2024 **wesentlich verbessert?** (Anstieg des steuerbaren Einkommens um **mindestens 20%** oder Vermögenszunahme von **mindestens Fr. 20'000.00**)

Ja

Nein

Wenn ja, warten wir die definitive Steuerveranlagung 2025 ab und halten den Antrag solange pendent.

Konkubinat

Leben Sie im Konkubinat (nicht verheiratete Eltern) und konnten für gemeinsame Kinder einen halben Sozialabzug gemäss Ziffer 630 in der Steuerveranlagung geltend machen?

Ja Nein

Name Konkubinatspartner: _____

AHV-Nr.: _____

Vollständigkeit der Angaben / Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind und Sie der Ausgleichskasse des Kantons Solothurn alle allfällig bei der Steuerverwaltung nachdeklarierten Vermögens- und Einkommensbestandteile gemeldet haben. Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie sich strafbar machen, wenn Sie durch unwahre oder unvollständige Angaben widerrechtlich individuelle Prämienverbilligung erwirken oder zu erwirken versuchen. Zu Unrecht bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten. Sie ermächtigen die Ausgleichskasse des Kantons Solothurn Einsicht in die Daten des Steueramts zu nehmen.

Bei Vertretung durch eine Drittperson ist eine Vollmacht oder der Ernennungsurkunde beizulegen. Familienangehörige sind auch Drittpersonen und benötigen eine Vollmacht.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Zur Kontrolle

- Krankenkassen-Police gültig ab 1. Januar 2026 aller im Antrag aufgeführten Personen
- Kopie Ausbildungsnachweis (Lehrvertrag, Studien- oder Immatrikulationsbestätigung usw.)
- Vollmacht
- Antrag unterschrieben