

**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 impôt source

**Année 2024**

**Demande d'une contribution de l'Etat à la réduction de primes dans l'assurance-maladie pour  
l'année 2024 en tant que requérant-e imposé-e à la source**

Conformément aux dispositions légales cantonales, le revenu déterminant donnant droit à la réduction des primes est le suivant pour l'année 2024 :

- Inférieur à CHF 27'000 pour les adultes
- Inférieur à CHF 53'000 pour les enfants à charge des familles, y compris les jeunes adultes en formation

Les revenus déterminants des concubins, calculés selon l'article 8 de l'ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie, sont cumulés pour établir le droit à la réduction des primes des enfants et adultes de moins de 25 ans en formation qu'ils ont en commun.

**1. Requérant-e** (Prière d'indiquer **votre situation au 1<sup>er</sup> janvier 2024 qui est déterminante**) Les jeunes adultes en formation (nés entre 1999 et 2005) ont un droit global avec leurs parents. La demande doit être remplie par les parents. Les jeunes adultes doivent être mentionnées sous la rubrique « Jeunes adultes » au point n° 4.

N° AVS : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Rue : \_\_\_\_\_ NPA/Lieu : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ État civil : \_\_\_\_\_  
Numéro de tél. : \_\_\_\_\_ Caisse-maladie : \_\_\_\_\_  
Date d'arrivée dans le canton : \_\_\_\_\_ d'où \_\_\_\_\_ Permis \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Employeur actuel (nom et localité) \_\_\_\_\_  
Avez-vous été occupé dans le canton en 2023 ? \_\_\_\_\_ Si oui, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**2. Situation familiale** (la situation au 1er janvier 2024 est déterminante)

Vivez-vous en concubinage ?  Oui\*  Non \*en concubinage dès le : \_\_\_\_\_

Identité du/de la conjoint-e ou du/de la concubin-e :

N° AVS : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Rue : \_\_\_\_\_ NPA/Lieu : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ État civil : \_\_\_\_\_  
Numéro de tél. : \_\_\_\_\_ Caisse-maladie : \_\_\_\_\_  
Date d'arrivée dans le canton : \_\_\_\_\_ d'où \_\_\_\_\_ Permis \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Employeur actuel (nom et localité) \_\_\_\_\_  
Avez-vous été occupé dans le canton en 2023 ? \_\_\_\_\_ Si oui, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**3. Enfants jusqu'à l'âge de 18 ans** (jusqu'à l'année 2006 incluse) **vivant en Suisse dont le requérant assume l'entretien**

Nom et Prénom	Date de naissance	Caisse-maladie	Nom et prénom des parents si autre qu'indiqué en 1 <sup>ère</sup> page
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2024 peuvent être pris en compte pour un nouveau calcul. La nouvelle inscription doit être effectuée jusqu'au 31 décembre 2024 en joignant une copie du livret de famille et de la police d'assurance-maladie 2024**

**4. Jeunes adultes** (avec années de naissance 1999 - 2005) **vivant en Suisse dont le requérant assume l'entretien**

Nom et Prénom	Date de naissance	Caisse-maladie	Fin de formation	Nom et prénom des parents si autre qu'indiqué en 1 <sup>ère</sup> page
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Les copies de tous les contrats d'apprentissage/attestations d'études doivent être annexées.**

**5. Versement de la réduction des primes 2024**

Le versement de votre réduction des primes est effectué directement auprès de votre caisse maladie, qui la déduit ensuite de votre facture.

**6. Documents à transmettre**

- Attestation-s du dernier salaire touché par le/la requérante (et du/de la conjoint-e, concubin-e)
- Copie de la police d'assurance-maladie obligatoire des soins 2024
- Copie des contrats d'apprentissage/attestations d'études pour les personnes en formation

**Exhaustivité des données / Procuration / Signature**

Le/la soussigné(e) confirme que les indications fournies sont complètes et conformes à la vérité. Il/elle prend connaissance du fait qu'est punissable celui qui, par des indications fausses ou incomplètes, obtient ou tente d'obtenir de manière illicite une réduction de primes pour lui-même ou pour d'autres.

Les prestations indûment perçues, quel que soit le mode de paiement, doivent être remboursées. En outre, il/elle autorise la caisse de compensation du canton du Jura à demander des renseignements auprès de l'administration fiscale et d'autres services et établissements publics ainsi qu'auprès des caisses maladie.

Nous attirons votre attention sur l'obligation de déclarer tout changement de situation personnelle ou familiale doit être communiqué sans délai à la Caisse de compensation du canton du Jura.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Veuillez noter que si le formulaire d'inscription ne parvient pas à la Caisse de compensation, c'est à vous d'apporter la preuve de l'envoi.