

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

Requête impôt source – arrivée en Suisse en 2025

Année 2025

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

**Demande d'une contribution de l'Etat à la réduction de primes dans l'assurance-maladie pour l'année 2025 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 peut être octroyé pour l'année 2025 :

- Aux assurés ou familles qui ont un revenu déterminant annuel inférieur à CHF 27'000 ;
- Aux parents qui ont un revenu déterminant annuel inférieur à CHF 53'000 pour leur(s) enfant(s) à charge.

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 2025 qui est déterminante**). Les jeunes adultes en formation (nés entre 2000 et 2006) ont un droit global avec leurs parents. La demande doit être remplie par les parents.

N° AVS : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Rue : \_\_\_\_\_ NPA/Lieu : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ État civil : \_\_\_\_\_  
N° de tél. : \_\_\_\_\_ Caisse-maladie : \_\_\_\_\_  
Date d'arrivée dans le canton : \_\_\_\_\_ en provenance de : \_\_\_\_\_ Permis : \_\_\_\_\_  
Exercez-vous une activité lucrative ?  Oui\*  Non \*Si oui, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Employeur actuel (nom et localité) : \_\_\_\_\_

**2. Situation familiale** (la situation au 1er janvier 2025 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 : \_\_\_\_\_  
N° de tél. : \_\_\_\_\_ Caisse-maladie : \_\_\_\_\_  
Date d'arrivée dans le canton : \_\_\_\_\_ en provenance de : \_\_\_\_\_ Permis : \_\_\_\_\_  
Exercez-vous une activité lucrative ?  Oui\*  Non \*Si oui, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Employeur actuel (nom et localité) : \_\_\_\_\_

**Les copies de vos 2 dernières fiches de salaires doivent être annexées.**

**3. Enfants jusqu'à l'âge de 18 ans (jusqu'à l'année 2007 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 2025 peuvent être pris en compte pour un nouveau calcul. La nouvelle inscription doit être effectuée jusqu'au 31 décembre 2025 en joignant une copie du livret de famille.**

**4. Jeunes adultes (avec années de naissance 2000 - 2006) 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 2025**

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**

Afin que votre éventuel droit à la réduction des primes 2025 puisse être étudié, il est impératif que vous nous transmettiez les documents suivants :

- Copie de votre/vos police/s d'assurance ;
- Copie de vos deux dernières fiches de salaires ;
- Copie des attestations d'études des jeunes adultes 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 qui 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.