



**Fragebogen**  
betreffend  
**Ersatzbefreiung**  
nach Art. 4 Abs. 1 Bst. a – a<sup>ter</sup> WPEG

**Kontaktperson**  
Patricia Federspiel  
081 257 35 09  
patricia.federspiel@amz.gr.ch

Sie machen eine Ersatzbefreiung wegen Behinderung geltend. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen und uns innert 30 Tagen zuzustellen.

**1. Personalien und Familienverhältnisse am  
31. Dezember des Ersatzjahres \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zivilstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  
 geschieden  getrennt lebend

Beruf \_\_\_\_\_

Kinder, für die der Ersatzpflichtige sorgt:

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wo lebt der Ersatzpflichtige?  bei seinen Eltern  
 in einem Pflegeheim (welchem: \_\_\_\_\_)  
 in seinem eigenen Haushalt

**2. Behinderung (näher bezeichnen):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Geltendmachung der Ersatzbefreiung (Zutreffendes ankreuzen - keine Mehrauswahl)**

Nach Ziffer 2 Buchstabe **A** des Merkblattes  Ja  Nein

Nach Ziffer 2 Buchstabe **B** des Merkblattes  Ja  Nein

Nach Ziffer 2 Buchstabe **C** des Merkblattes  Ja  Nein

Nach Ziffer 2 Buchstabe **D** des Merkblattes  Ja  Nein

Wir bitten Sie, allfällige Verfügungen betreffend Rente und/oder Hilflosenentschädigung sowie aktuelle Arztzeugnisse beizulegen.

**4. Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt

Ort und Datum

Unterschrift