

WPE-Anfrage (Wehrpflichtersatzabgabe)

Anfragestelle	Datum
---------------	-------

Nachfolgender Ersatzpflichtige wurde dienstuntauglich, ärztlich entlassen oder vom Dienst dispensiert. Wir haben den Anspruch auf Befreiung von der Wehrpflichtersatzabgabe zu prüfen.

Ersatzjahr(e)	Vers. Kategorie
---------------	-----------------

Personendaten			
Name	Vorname		
Geburtsdatum			
Vers.-Nr.	Ärztlich entlassen		
Grund	Datum		

Adresse			
Strasse			
PLZ		Ort	

Bemerkungen	
-------------	--

Mit dem Knopf «Daten absenden» senden Sie das aktuelle Formular rechtsgültig an die MV.

Stellungnahme MV		
<input type="checkbox"/> MV-Dossier vorhanden	Kontakt-Person	
<input type="checkbox"/> kein MV-Dossier vorhanden	Kontakt-Adresse	

Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen und möglichst genaue Zeitangaben machen)	
<input type="checkbox"/> Variante 1 Die Gesundheitsschädigung der oben genannten Person wurde durch den Militär- oder Zivildienst verursacht. Diese Gesundheitsschädigung ist <u>wesentlich</u> und wird für <u>immer</u> bestehen bleiben.	<input type="checkbox"/> Variante 2 Die Gesundheitsschädigung der oben genannten Person wurde durch den Militär- oder Zivildienst verursacht. Diese Gesundheitsschädigung ist <u>wesentlich</u> , wird aber <u>nicht immer</u> bestehen bleiben. <input type="checkbox"/> Sie war am [] wieder behoben. <input type="checkbox"/> Sie wird voraussichtlich am [] wieder behoben sein.
<input type="checkbox"/> Variante 3 Die oben genannte Person hatte ein vorbestandenes (dienstfremdes) Leiden. Dieses Leiden wurde durch den Militär- oder Zivildienst <u>verschlimmert</u> . Diese Verschlimmerung ist <u>wesentlich</u> , und: <input type="checkbox"/> Sie war am [] wieder behoben. <input type="checkbox"/> Sie wird voraussichtlich am [] wieder behoben sein. <input type="checkbox"/> Wird <u>immer</u> bestehen bleiben	<input type="checkbox"/> Variante 4 Die oben genannte Person hatte ein vorbestandenes (dienstfremdes) Leiden. Dieses Leiden wurde durch den Militär- oder Zivildienst <u>weder</u> verursacht <u>noch</u> verschlimmert.

Weitere Bemerkungen / Stellungnahmen (wird durch Militärärztlicher Dienst ausgefüllt)
Ort, Datum, Titel, Name, Vorname (Arzt)