
(Name und Vorname des Antragstellers)

(Ort, Datum)

(Anschrift des Antragstellers)

Antrag auf Gewährung einer Zuwendung zur Entsorgung von Windeln wegen Inkontinenz (auch Heimdialyse- und Stomapatienten u. ä) im Jahr 2020

An die
Gemeinde Schmelz
Rathausplatz 1

66839 Schmelz

Ich beantrage hiermit eine Zuwendung für die Windelentsorgung. Die Förderung wird für folgende Person/en beantragt:

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Inkontinenz
besteht seit: _____

Inkontinenz
besteht seit: _____

Weitere Angaben zum Antragsteller:

Telefon Nr.: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Konto Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

Ich versichere, dass die Person/en die die Förderung beantragen bzw. für die die Förderung beantragt wird, in Schmelz wohnen und polizeilich gemeldet sind. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Angaben mit den Meldedaten der Gemeinde abgeglichen werden können.

Die Inkontinenz (entsprechend bei Heimdialyse- und Stomapatienten u. ä) und der Zeitpunkt, seit der sie besteht, werden durch ärztliches Attest nachgewiesen.

(Unterschrift des Antragstellers)