

In seiner Sitzung am 29. Februar 2024 hat der Gemeinderat Schmelz rückwirkend zum 01.01.2024 folgende, geänderte Richtlinien beschlossen:

## **Richtlinien der Gemeinde Schmelz zur Gewährung von Zuwendungen zur Entsorgung von Windeln**

§ 1 Die Zuwendungen sind freiwillige Leistungen ohne Rechtsanspruch.

§ 2 Für Babywindeln gelten folgende Voraussetzungen:

- (1) Ein Kind wird in dem Kalenderjahr erstmals berücksichtigt, in dem es geboren wurde (Erstjahr).
- (2) Ein Kind kann höchstens für das Erstjahr und die beiden darauffolgenden Kalenderjahre (Zweit- und Dritttjahr) berücksichtigt werden.
- (3) Der Antrag für das Erstjahr ist binnen 12 Monaten nach der Geburt zu stellen, für das Zweit- und Dritttjahr jeweils binnen 12 Monaten nach dem Zeitpunkt der Vollendung des 1. bzw. 2. Lebensjahres.
- (4) Weitere Voraussetzung ist, dass das Kind zum Zeitpunkt der Antragstellung mit Hauptwohnsitz in Schmelz gemeldet ist.
- (5) Die Zuwendung beträgt 25 € jährlich pro berücksichtigungsfähigem Kind.

§ 3 Bei Inkontinenz gelten folgende Voraussetzungen:

- (1) Berücksichtigungsfähig sind Personen, die in Schmelz mit Hauptwohnsitz gemeldet waren. Die Inkontinenz muss mittels ärztlichem Attest nachgewiesen werden und mindestens 6 Monate im Kalenderjahr bestanden haben. Der Inkontinenz gleichgestellt sind Erkrankungen oder Behinderungen (z.B. Heimdialysepatienten, Stomapatienten) welche ein erhöhtes Abfallaufkommen zur Folge haben.
- (2) Die Zuwendung wird nicht gewährt für Personen, die in Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen wohnen.
- (3) Die Zuwendung beträgt jährlich 50 € pro Person
- (4) Der Antrag ist bis zum 30.06. des Folgejahres zu stellen

\_\_\_\_\_  
(Name und Vorname des Antragstellers)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift des Antragstellers)

**Antrag auf Gewährung einer Zuwendung zur Entsorgung von  
Babywindeln im Jahr 20\_\_**

An die  
Gemeinde Schmelz  
Rathausplatz 1

66839 Schmelz

Ich beantrage hiermit eine Zuwendung für die Entsorgung von Windeln, die die Gemeinde Schmelz Familien mit mindestens einem Kleinkind gewährt.

**1. Kind**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**2. Kind**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**3. Kind**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**4. Kind**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben zum Antragsteller:**

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Konto Nr.: (IBAN) \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben mit dem Melderegister der Gemeinde abgeglichen werden können.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)

\_\_\_\_\_  
(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 2025**

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.: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Konto Nr.: (IBAN) \_\_\_\_\_

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)