

.....
Name und Vorname des Antragstellers

.....
Ort, Datum

.....
Anschrift des Antragstellers

Anlage 2

Gemeinde Kleinblittersdorf
Rathausstraße 16 - 18
66271 Kleinblittersdorf

Antrag bitte im verschlossenen Umschlag mit dem Vermerk „Windelentsorgung“ einreichen

Antrag auf Gewährung einer Zuwendung zur Entsorgung von Windeln wegen

Inkontinenz für das Jahr 2022

Ich beantrage hiermit eine Zuwendung für die Entsorgung von Windeln. Die Förderung wird für folgende Person/en beantragt, die an Inkontinenz leidet/-en:

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Beginn der Inkontinenz:	Beginn der Inkontinenz:
Wohnhaft in der Gemeinde seit:	Wohnhaft in der Gemeinde seit:

Weitere Angaben zum Antragsteller:

Telefon Nr.:
Kreditinstitut:
IBAN:
BIC:

Ich versichere, dass die Person/en, für die die Förderung beantragt wird/werden, in der Gemeinde Kleinblittersdorf wohnt/-en und polizeilich gemeldet ist/sind. Ferner bin ich damit einverstanden, dass meine Angaben mit dem gemeindlichen Melderegister abgeglichen werden können. Das Vorliegen der Inkontinenz wird hiermit bestätigt.

Des Weiteren wird bestätigt, dass die Person/en keine Sozialleistungen in Form von

- Arbeitslosengeld II
- Sozialhilfe
- Grundsicherungsleistungen
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Hilfe zur Pflege (stationär)

bezieht/-en.

.....
Unterschrift des Antragsstellers

Anlagen: - ärztliches Attest