

Antrag

auf Gewährung einer Zuwendung zur Entsorgung von Windeln wegen Inkontinenz / Stoma für das Jahr

Hiermit beantrage ich gemäß den Richtlinien der Gemeinde Spiesen-Elversberg eine Zuwendung für die Windelentsorgung.

Die Förderung wird für folgende Person beantragt, die an Inkontinenz leidet bzw. Stoma-Patient ist:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: 66583 Spiesen-Elversberg

Straße: _____

Telefon: _____

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Diesem Antrag ist ein ärztliches Attest beizufügen.

Ich bin damit einverstanden, dass beim Einwohnermeldeamt der Gemeinde Spiesen-Elversberg evtl. notwendige Daten abgeglichen werden können.

Ort

Datum

Unterschrift (Antragsteller/-in, ggf Betreuer/in)