

Windelgutschein für inkontinente Personen

für das Jahr

Erstantrag Folgeantrag

Hiermit beantrage ich gemäß den Richtlinien der Kreisstadt Merzig die Förderung für inkontinente Menschen in Form eines "Merziger Windelgutscheins":

Antragsteller(in)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

(Hauptwohnung)

Betroffene Person

(nur auszufüllen, bei abweichendem Antragsteller)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

(Hauptwohnung)

Stellung Antragsteller(in)/Betroffene(r)

Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)

Betreuer

Sonstige:

Sonstige Angaben

Tonnennummer Restabfallgefäß

(siehe Barcode-Aufkleber Restabfallbehälter)

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Bescheinigungen

Ärztliche Bescheinigung ist beigelegt.

liegt bereits vor.

Kopie des Betreuungsausweises bzw. Vollmacht ist beigelegt.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der o.g. Angaben. Mir ist bekannt, dass bei unrichtigen Angaben der Anspruch auf Leistung erlischt und evtl. gewährte Leistungen von mir zu erstatten sind. Ich erkläre, dass ich darüber belehrt worden bin, dass der Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen unverzüglich anzuzeigen ist.

Ich bin damit einverstanden, dass beim Bürgerbüro der Kreisstadt Merzig evtl. notwendige Daten abgeglichen werden können und eine Gewährung der Zuwendung nur erfolgt, wenn die im Vorjahr entsorgte Restabfallmenge, das Mindestgewicht zzgl. der durch den Zuschuss abgedeckten Restabfallmenge übersteigt.

Mir ist bekannt, dass der Antrag jährlich für das Vorjahr zu stellen ist. Die *Richtlinien zur Gewährung einer Zuwendung zur Entsorgung von Windeln in der Kreisstadt Merzig* sind mir bekannt.

Merzig, den _____

Unterschrift des Antragstellers

Ärztliche Bescheinigung

zur Beantragung der Vergünstigungen des Merziger Windelgutscheins für inkontinente Personen/ Stomaträger/-innen

	Patient/-in
Name	
Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnung	66663 Merzig

Hiermit wird bescheinigt, dass die o.g. Patientin/der o.g. Patient aufgrund einer Erkrankung an Inkontinenz leidet und daher

vorübergehend

dauerhaft

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

auf das Tragen **von Windeln** angewiesen

Stomaträger/-in

ist.

Merzig, den _____

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes