

## **Antrag**

### **auf Gewährung einer Zuwendung zur Entsorgung von Windeln wegen Inkontinenz / Stoma**

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 beigelegt.

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)