

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 2025**

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 (nur bei erster Antragsstellung erforderlich)