



Antrag auf Bewilligung eines Zuschusses zur Abfallentsorgung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort: 66450 Bexbach

Hiermit beantrage ich die Bewilligung des Zuschusses für das laufende Kalenderjahr:

1. für Personen mit andauernder Inkontinenz:

selbst für nachstehende Person (Name, Geburtsdatum)

Attest liegt bei liegt bereits vor

2. für Kind(er):

a. Name, Vorname:

Geburtsdatum:

b. Name, Vorname:

Geburtsdatum:

c. Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bankverbindung der/des Berechtigten:

IBAN:

BIC:

Bankverbindung, falls **Kontoinhaber/in abweichend:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

IBAN:

BIC:

Wichtige Hinweise:

- Anträge sind **im** laufenden Kalenderjahr **für** das laufende Kalenderjahr zu stellen.
- Eine Antragsstellung ist nur für Kinder bis zur Beendigung des 2. Lebensjahres möglich.
- Antragsberechtigt sind nur Personen, die mit Hauptwohnsitz in Bexbach gemeldet sind.

Bexbach,

Unterschrift Antragssteller/in