



Stadt Wadern -Antrag auf Windelzuschuss-

Antrag an

Anschrift

Stadt Wadern
z. Hd. Katrin Hewer
Marktplatz 13
66687 Wadern

Fachbereich: **FB3**
Ansprechpartner: **Katrin Hewer**
Durchwahl: 507- **322**
Zimmer-Nummer: **C10**
E - Mail: **windelzuschuss@wadern.de**

Marktplatz 13
66687 Wadern
Tel. 06871 507-0
Fax 06871 507-130
Fax 06871 507-130

Internet www.wadern.de

Hiermit beantrage ich gemäß den Richtlinien der Stadt Wadern eine Zuwendung zur Entsorgung von
 Babywindeln **Inkontinenzwindeln** für das Kalenderjahr **202**__

Stadtteile

- Bardenbach
- Büschfeld
- Dagstuhl
- Krettnich
- Lockweiler
- Löstertal
- Morscholz
- Noswendel
- Nunkirchen
- Steinberg
- W a d e r n
- Wadrilltal
- W e d e r n

Die Förderung wird für folgende Person beantragt:

Name: _____
Vorname: _____
Geboren am: _____
Wohnanschrift: _____
Telefon: _____
eMail: _____

Bitte den Zuschuss auf folgende Bankverbindung überweisen:

IBAN
oder Kontonummer: _____
BIC
oder Bankleitzahl: _____
Kontoinhaber*in: _____
Kreditinstitut: _____

Diesem Antrag füge ich bei (zwingend erforderlich):

- Kopie der Geburtsurkunde (Babywindeln)
- Ärztliches Attest, welches die Inkontinenz bescheinigt (Inkontinenzwindeln)

Ich bin damit einverstanden, dass beim Einwohnermeldeamt der Stadt Wadern die notwendigen Daten abgeglichen werden.

Wadern, _____

Unterschrift (Antragsteller*in)