Absender:

63877 Sailauf

Datum:

An die
Gemeinde Sailauf
Rathausstraße 9
63877 Sailauf

Antrag auf Zuschuss bei Inkontinenz

Zuschussbedingungen und Abwicklung:
Nach Beschluss des Gemeinderates vom 27.01.2020 gewährt die Gemeinde Sailauf einen pauschalen jährlichen Zuschuss in Höhe von 80,00 €.
Voraussetzungen:

- beim Antragsteller handelt es sich um einen Erwachsenen, der auf Versorgung mit Inkontinenzmaterialien angewiesen ist
- der Hauptwohnsitz liegt in der Gemeinde Sailauf
- Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit (**nicht älter als 4 Wochen**) ODER
- einen Nachweis über die eingetragene Pflegestufe
- die Auszahlung erfolgt jährlich auf Antrag

Angaben zur inkontinenten Person

Name:		
Vorname:		
Straße/Hs-Nr.:		
Ort:	**63877 Sailauf**	
Telefon-Nr.:		
Bankverbindung:	IBAN:	BIC:
Kontoinhaber:	☐ ist Antragsteller	Andere Person:
Name der Pflegeperson Oder Betreuer/in:		

Sailauf, den _____

_____
Unterschrift des Antragstellers

Von der Gemeinde auszufüllen!
Die Personalien und Meldeverhältnisse für das Auszahlungsjahr _____ wurden geprüft, es liegt eine aktuelle Bescheinigung vom _____ oder ein Nachweis über den Pflegegrad vor.

_____ _____
Datum: Unterschrift:

Weitergabe an Finanzverwaltung zur Anweisung; erledigt am: _____ Kurzzeichen: _____

Datenschutzhinweis:
Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten in der Gemeindeverwaltung und Ihre Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung sowie Ihre Ansprechpartner in Datenschutzfragen entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen der Gemeinde Sailauf unter www.sailauf.de oder direkt bei der Gemeindeverwaltung Sailauf.