

**Den ausgefüllten Antrag bitte  
im Rathaus (Zimmer 418a) abgeben  
oder per Post schicken an:**

Kreisstadt Neunkirchen  
Amt für Soziale Dienste,  
Kinder, Jugend und Senioren  
Oberer Markt 16  
66538 Neunkirchen

## Antrag zur Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten der Entsorgung von Inkontinenzhilfen

### Antragsteller:

Name, Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Ort:		
Telefon:		
Der Zuschuss soll gezahlt werden an:		
Kontoinhaber:		
Bankverbindung:	Bank:	
IBAN:	DE _____	BIC: _____
Identnummer des Müllgefäßes:		

Ich beantrage den Zuschuss zu den Kosten der Entsorgung von Inkontinenzhilfen:

- für mich selbst  
 als Angehörige/r  
 als Betreuer/in / gesetzl. Vertreter/in  
 für folgende, an Inkontinenz leidende Person:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse:		

- Hiermit bestätige ich, dass ich/die Person, die den o.g. Zuschuss erhalten soll, keine Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld II/Sozialgeld, Sozialhilfe) beziehe/bezieht.  
 Hiermit bestätige ich, dass ich meinen Hausmüll nicht in einem Großmüllgefäß (Müllcontainer) entsorge.

Ein ärztliches Attest über Inkontinenz oder eine vergleichbare Bescheinigung/Schreiben füge ich dem Antrag bei. Falls in dem Attest keine dauerhafte Inkontinenz bescheinigt wird, lege ich jährlich ein neues Attest vor.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben mit dem Melderegister abgeglichen werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_