Kreisabfallwirtschaftsbetrieb
Schleifstraße 5, 89340 Leipheim
Telefon (0 82 21) 95-456, Telefax (0 82 21) 95-480
Sprechtage: Montag bis Freitag 7.30 – 12.30 Uhr und
Donnerstag zusätzlich 14.00 – 18.00 Uhr
Bitte nutzen Sie die Möglichkeit einer Terminvereinbarung.

LANDKREIS GÜNZBURG

Den Antrag reichen Sie bitte ein beim

Kreisabfallwirtschaftsbetrieb
Schleifstraße 5
89340 Leipheim

Antrag auf finanzielle Unterstützung bei der Entsorgung von Windeln

Familienfreundlicher Landkreis Günzburg

Finanzielle Unterstützung bei der Entsorgung von Windeln

Ab dem 1. Januar 2018 gewährt der Kreisabfallwirtschaftsbetrieb des Landkreises Günzburg auf Antrag eine finanzielle Unterstützung zu den Kosten für die Entsorgung von Windeln bei Kleinkindern bis zu zwei Jahren sowie bei dauerhaft an Inkontinenz erkrankten Personen. Die Höhe der Unterstützung beträgt im Jahr 50,00 €.

Unterstützungsberechtigt sind Kinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres mit Hauptwohnsitz im Landkreis Günzburg zum Zeitpunkt der Antragstellung. Antragsberechtigt sind der oder die gesetzlichen Vertreter des Kleinkindes, in dessen Haushalt sich das unterstützungsberechtigte Kind aufhält. Mit dem Antrag ist eine Kopie der Geburtsurkunde vorzulegen.

Dauerhaft an Inkontinenz erkrankte Personen mit Hauptwohnsitz im Landkreis Günzburg erhalten ebenfalls die finanzielle Unterstützung. Mit dem Antrag ist ein geeigneter Nachweis (z. B. ärztliches Attest, Kopie des Rezeptes) mit vorzulegen. Nicht unterstützungsberechtigt sind die Bewohner von stationären Einrichtungen der Alten-, Behinderten- oder Krankenpflege und damit vergleichbare Betreuungseinrichtungen.

Hinweise:
Die Auszahlung des Unterstützungsbetrages erfolgt nach der schriftlichen Antragsgenehmigung.

Bei Kleinkindern:
Der Betrag für das 2. Lebensjahr wird im Folgejahr im Geburtstagsmonat des Kindes überwiesen.
Bei einem Umzug außerhalb des Landkreises Günzburg innerhalb des Bewilligungsjahres erlischt der Anspruch für das Folgejahr. Ein Umzug ist dem Kreisabfallwirtschaftsbetrieb mitzuteilen.

Für dauerhaft an Inkontinenz erkrankte Personen:
Sie erhalten auf Ihren Antrag eine einmalige Auszahlung des Unterstützungsbetrages. Die Unterstützung ist im Folgejahr erneut zu beantragen.

Bitte wenden!

Antrag auf Leistungen:

Antragsteller: _____

Name Vorname Telefon, E-Mail

_____

Wohnort, Straße, Hausnummer

Kontoinhaber _____

(falls abweichend vom Antragsteller)

Bankverbindung: DE/__ __/__ __ __ __/__ __ __ __/__ __ __ __/__ __ __ __/__ __

IBAN

_____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Bankinstitut BIC

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

A) Leistungsart: Finanzielle Unterstützung von Kleinkindern bis 2 Jahren

Begünstigte(r):

□ **Kind 1**

_____

Name Vorname Geschlecht

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

□ Kopie der Geburtsurkunde liegt bei

.....

□ **Kind 2**

_____

Name Vorname Geschlecht

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

□ Kopie der Geburtsurkunde liegt bei

B) Leistungsart: Finanzielle Unterstützung einer dauerhaft an Inkontinenz erkrankter Person:

_____

Name Vorname Geschlecht Geburtsdatum

□ Hauptwohnsitz: _____

(falls abweichend von dem des Antragstellers)

Folgende Nachweise sind beigelegt:

□ Bestätigung des Arztes

□ Kopie eines geeigneten Rezeptes

Antragsteller ist: □ Begünstigter □ Ehe-/Lebenspartner □ Kind □ Pfleger □ _____

□ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen:

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift