

.....  
Name und Vorname des Antragstellers

.....  
Ort, Datum

.....  
Straße und Hausnummer

**Stadtverwaltung Völklingen  
Postfach 10 20 40**

**66310 Völklingen**

**Den ausgefüllten Antrag  
zurücksenden an:  
Stadt Völklingen  
Fachbereich Bildung,  
Kultur und Soziales  
Fachdienst: Jugend, Frauen-,  
Senioren- und Integration  
Postfach 10 20 40  
66310 Völklingen**

## **Antrag auf Gewährung einer Zuwendung zur Entsorgung von Windeln wegen**

### **Inkontinenz im Jahr 2024**

Erwachsene, die unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung infolge von „Inkontinenz“ einen Windelbedarf haben, erhalten einen Zuschuss als Beitrag zum erhöhten Entsorgungsaufwand. Der Antrag ist jährlich neu zu stellen. Der Zuschuss wird nur für in Betracht kommende Bedürftige gewährt, die ihren Hauptwohnsitz im Antragsjahr in der Stadt Völklingen – außerhalb von Betreuungseinrichtungen – haben.

Kosten für die Beschaffung von Bescheinigungen bzw. Attests werden von der Stadt Völklingen nicht übernommen.

Ich versichere, dass die Person/en, für die die Förderung beantragt wird, in der Stadt Völklingen wohnen und polizeilich gemeldet sind.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass meine Angaben mit dem städtischen Melde- register abgeglichen werden können. Das Vorliegen der Inkontinenz wird hiermit bestä- tigt.

Ich bin darüber informiert, dass der Windelzuschuss eine freiwillige Leistung der Stadt Völklingen darstellt und deshalb ein Anspruch auf Auszahlung nicht besteht bzw. die Zuschussregelung der Stadt jederzeit widerruflich ist.

Der Windelzuschuss wird generell bargeldlos mittels Überweisung gewährt. Ich werde die Stadt über eine Änderung der Bankverbindung umgehend informieren.

**Anträge für das Antragsjahr 2024 sind bis spätestens 31.12.2025 schriftlich zu- stellen.**

Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_

**bitte wenden**

Die Förderung wird für folgende Person/en beantragt, die an Inkontinenz leiden:

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| Name:                   | Name:                   |
| Vorname:                | Vorname:                |
| Geburtsdatum:           | Geburtsdatum:           |
| Beginn der Inkontinenz: | Beginn der Inkontinenz: |

**Weitere Angaben zum Antragsteller:**

|                        |
|------------------------|
| <b>Telefon Nr.:</b>    |
| <b>Kreditinstitut:</b> |
| <b>BIC:</b>            |
| <b>IBAN:</b>           |

- Hiermit bestätige ich, dass ich/die Person, die den o.g. Zuschuss erhalten soll, keine Sozialleistungen (z.B. Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung, etc.) beziehe/bezieht.

**Dem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:**

- ärztliches Attest oder Bescheinigung der Krankenkasse
- Nachweis über die Mehrkosten für die Müllentsorgung (= Bescheid über die Grundbesitzabgaben vom Januar 2025 in dem die Kosten der Müllentsorgung des Jahres 2024 abgerechnet wurden) **oder** Nebenkostenabrechnung des Vermieters/der Vermieterin