



Der Magistrat der Stadt Florstadt Wetteraukreis



Antrag auf Zuschuss zu den Kosten von Windeln für Kranke

Ich/Wir (Vor- und Nachname(n))

61197 Florstadt, OT Straße :

beantrage(n) für mich, meinen/unseren erkrankten Angehörigen

Vor- und Zuname : geb. am

wohnhaft bei mir/uns
oder 61197 Florstadt, OT Straße :.....

die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten von Windeln in Höhe
von € 5,00 pro Monat.

Ein ärztliches Attest vom ist beigelegt.

Florstadt, den
(Unterschrift des/der Antragsteller/in (s))

Grundbesitzabgabekonto Nr : 311..... - 200 - ...

Mein/ unser Vermieter ist :

.....
Name und Anschrift des Haus-/ Wohnungseigentümers angeben.

Gemäß den Bestimmungen der Abfallsatzung der Stadt Florstadt wird der Zuschuss zu den Kosten, die für Windeln entstehen, am jeweiligen Jahresende gewährt, wenn der/die anspruchsberechtigt Erkrankte mit erstem Wohnsitz in Florstadt gemeldet ist.

Während Aufenthalten in Krankenhäusern, Altenheimen und sonstigen Anstalten, die länger als 2 Monate dauern wir kein Zuschuss gewährt!

Über einen gewährten Zuschuss erhalten Sie zu gegebener Zeit einen Bewilligungsbescheid der Sie berechtigt, bei der darauffolgenden Abgabenfälligkeit (15.11.) die Gutschrift in Abzug zu bringen.

Grundsätzlich wird der Zuschuss dem **Haus-/Wohnungseigentümern** auf dem entsprechenden Grundbesitzabgabekonto gutgeschrieben.

BARAUSZAHLUNGEN KÖNNEN NICHT VORGENOMMEN WERDEN!

Sollten Sie **Mieter/in** sein und nicht über ein Grundbesitzabgabekonto verfügen, so wenden Sie sich bitte mit dem Bewilligungsbescheid an Ihre/n Vermieter/in, damit diese/r die Gutschrift bei der Abrechnung Ihrer Mietnebenkosten berücksichtigt.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass uns Änderungen,
die zum Wegfall des Anspruches führen, unverzüglich zu melden sind.**