



# Stadt Wadern -Antrag auf Windelzuschuss-

Antrag an

Anschrift

Stadt Wadern  
z. Hd. Katrin Schmitt  
Marktplatz 13  
**66687 Wadern**

Fachbereich: **FB3**  
Ansprechpartner: **Katrin Schmitt**  
Durchwahl: 507- **322**  
Zimmer-Nummer: **C10**  
E - Mail: **windelzuschuss@wadern.de**

Marktplatz 13  
66687 Wadern  
Tel. 06871 507-0  
Fax 06871 507-130  
Fax 06871 507-130

Internet [www.wadern.de](http://www.wadern.de)

Hiermit beantrage ich gemäß den Richtlinien der Stadt Wadern eine Zuwendung zur Entsorgung von  
 **Babywindeln**       **Inkontinenzwindeln** für das Kalenderjahr **202**\_\_

Stadtteile

- Bardenbach
- Büschfeld
- Dagstuhl
- Krettnich
- Lockweiler
- Löstertal
- Morscholz
- Noswendel
- Nunkirchen
- Steinberg
- W a d e r n
- Wadrilltal
- W e d e r n

Die Förderung wird für folgende Person beantragt:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_

**Wohnanschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**eMail:** \_\_\_\_\_

Bitte den Zuschuss auf folgende Bankverbindung überweisen:

**IBAN**  
oder Kontonummer: \_\_\_\_\_

**BIC**  
oder Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

**Kontoinhaber\*in:** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

Diesem Antrag füge ich bei (zwingend erforderlich):

- Kopie der Geburtsurkunde (Babywindeln)
- Ärztliches Attest, welches die Inkontinenz bescheinigt (Inkontinenzwindeln)

Ich bin damit einverstanden, dass beim Einwohnermeldeamt der Stadt Wadern die notwendigen Daten abgeglichen werden.

Wadern, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Antragsteller\*in)