



## SUBSIDE POUR FRAIS D'UTILISATION DE COUCHES HYGIÉNIQUES

<i>Coordonnées du demandeur</i>													
Nom et prénom													
Matricule													
Numéro, rue													
Code postal	L -	Localité											
Téléphone													
E-Mail													
<i>Coordonnées bancaires</i>													
Nom de la banque													
Titulaire du compte													
N° compte IBAN	L	U											

**Demande pour:**

- bébés et enfants n'ayant pas dépassé l'âge de 3 ans
- personnes âgées souffrant d'incontinence (attestation médicale à joindre)

Nom et prénom		Date de naissance	
Nom et prénom		Date de naissance	
Nom et prénom		Date de naissance	

**Le formulaire est à remettre jusqu'au 31 décembre de l'année pour laquelle la subvention est demandée. Le paiement ne se fera qu'après cette date.**

Le demandeur certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et qu'il a pris connaissance que la subvention est sujette à restitution au cas où elle aurait été obtenue sur base de fausses déclarations ou de renseignements inexacts.

Bertrange, le \_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

En remplissant le présent formulaire, vous êtes d'accord que vos données personnelles indiquées ci-dessus soient enregistrées et traitées conformément au règlement général sur la Protection des données du 25 mai 2018.

Réservé à l'administration communale			
Date d'entrée		Demande complète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ⇒ renvoyée le:
Subvention accordée:	<input type="checkbox"/> oui ⇒ montant:	Art. 3/510/648340/99001	
	<input type="checkbox"/> non ⇒ motif du refus:		
Vu et certifié exact			
Bertrange, le		Signature:	



## SUBVENTION BEI DEN KOSTEN FÜR DIE NUTZUNG VON WINDELN

<i>Antragsteller</i>													
Name und Vorname													
Sozialversicherungs-nr.													
Nr und Straße													
Postleitzahl	L -		Wohnort										
Telefonnummer													
E-Mail													
<i>Bankverbindung</i>													
Name der Bank													
Kontoinhaber													
Kontonummer IBAN	L	U											

**Antrag für:**

- Babys und Kleinkinder, welche das 3. Lebensjahr nicht überschritten haben
- ältere Personen, welche an Inkontinenz leiden (ärztliches Attest beifügen)

Name und Vorname		Geburtsdatum	
Name und Vorname		Geburtsdatum	
Name und Vorname		Geburtsdatum	

**Das Formular muss bis zum 31. Dezember des Jahres eingereicht werden, für welches die Zulage beantragt wird. Die Zahlung erfolgt erst nach diesem Datum.**

Der Antragsteller erklärt, dass er alle obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht hat und ihm bekannt ist, dass die Beihilfe unverzüglich und rückwirkend zurückzuzahlen ist, wenn sie auf der Grundlage unvollständiger oder fehlerhafter Angaben vergeben wurde.

Bartringen, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wenn Sie dieses Formular ausfüllen, stimmen Sie zu, dass Ihre aufgeführten persönlichen Daten gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung vom 25. Mai 2018 gespeichert und verarbeitet werden.

Der Gemeindeverwaltung vorbehalten			
Eingangsdatum		Antrag komplett	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ⇒ zurückgeschickt am:
Zulage bewilligt:	<input type="checkbox"/> ja ⇒ Betrag: _____ Art. . 3/510/648340/99001 <input type="checkbox"/> nein ⇒ Grund für die Ablehnung: _____		
Gelesen und bestätigt			
Bartringen, den		Unterschrift:	