



An den
Markt Hösbach
Rathausstraße 3
63768 Hösbach

Absender:

63768 Hösbach

Antrag auf Zuschuss bei Inkontinenz

Zuschussbedingungen und Abwicklungen:

Nach Beschluss des Hauptausschusses vom 02. Februar 2017 gewährt der Markt Hösbach einen pauschalen jährlichen Zuschuss in Höhe von **100,00 €**.

Voraussetzungen:

- beim Antragsteller handelt es sich um eine Person, die auf Versorgung mit Inkontinenzmaterialien angewiesen ist
- der Hauptwohnsitz liegt im Markt Hösbach
- ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit – direkt auf diesen Vordruck (**nicht älter als 4 Wochen**)
- die Auszahlung erfolgt **jährlich auf Antrag**

Angaben zur inkontinenten Person

Name:		
Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
Ort:		
Telefon-Nr.:		
Bankverbindung:	IBAN:	BIC:
Kontoinhaber:	<input type="checkbox"/> ist Antragsteller	Andere Person:
Name der Pflegeperson oder Betreuer/in:		

Hösbach, den _____

Unterschrift des Antragstellers

Vom behandelnden Arzt auszufüllen!

Dem oben genannten Patienten wird hiermit Inkontinenz bescheinigt. Er / Sie ist auf Inkontinenzmaterialien bis auf weiteres angewiesen.

Datum: _____

Stempel und Unterschrift der Arztpraxis

Vom Markt Hösbach auszufüllen!

Die Personalien und Meldeverhältnisse für das Auszahlungsjahr _____ wurden geprüft.

Datum

Unterschrift

Weitergabe an die Finanzverwaltung zur Anweisung, erledigt am: _____ Kurzzeichen: _____