

A N T R A G 2 0 1 9

KOMMUNALER LASTENAUSGLEICH ZU DEN LEBENSSITUATIONSBEZOGENEN MEHRAUFWENDUNGEN FÜR DIE MÜLLENTSORGUNG

Antragsteller*in Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Anschrift

Kind*/Pflegebedürftige Person* Name, Vorname, Geburtsdatum, -ort

*bitte Nachweis beifügen (siehe Merkblatt)

erster Wohnsitz des Kindes/der Person in Bickenbach seit _____

**Die Höhe der Erstattung des Kommunalen Lastenausgleichs wird auf € 51,20 pro
Jahr und anspruchsberechtigte Person festgelegt (siehe Merkblatt).**

Bankverbindung:

Kontoinhaber mit Adresse: _____

Geldinstitut: _____

IBAN _____

Erklärung:

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner/unserer Angaben. Mir/uns ist bekannt, dass der Antrag bei unvollständig gemachten Angaben nicht bearbeitet werden kann.

Bickenbach, den _____ Unterschrift: _____

Erläuterungen zum Antrag finden Sie auf dem beiliegenden Merkblatt. Bitte beachten Sie, dass der Antrag für jedes anspruchsberechtigte Jahr neu gestellt werden muss.

Den Erstattungsbetrag überweisen wir Ihnen am 01. Dezember.

Der Gemeindevorstand
der Gemeinde Bickenbach
im Auftrag

Datum

Unterschrift

FAD

SK 7128000

KST 3501-001

KTR 3501-02