

# A N T R A G 2 0 2 2

## KOMMUNALER LASTENAUSGLEICH ZU DEN LEBENSITUATIONSBEZOGENEN MEHRAUFWENDUNGEN FÜR DIE MÜLLENTSORGUNG

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

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

erster Wohnsitz des Kindes/der Person in Bickenbach seit \_\_\_\_\_

Die Höhe der Erstattung des Kommunalen Lastenausgleichs wird auf € 57,60 pro Jahr und anspruchsberechtigte Person festgelegt, für aktive Tageseltern auf € 115,20 (siehe Merkblatt).

### Bankverbindung:

Kontoinhaber mit Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

### Erklärung:

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner/unsere 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 Sachbearbeiter, sachlich und rechnerisch richtig