

ANTRAG auf Bewilligung von Windelbonus

Name, Vorname*:

Geburtsdatum*:

Straße / HNr.*:

PLZ:

661 Saarbrücken*

* Antragsberechtigt sind nur Personen, die mit Hauptwohnsitz in Saarbrücken gemeldet sind.

Hiermit beantrage ich die Bewilligung von Windelbonus für das Jahr 2019**

** Der Zuschuss wird ausschließlich rückwirkend gewährt. Antragszeitraum sind die ersten 6 Monate des Folgejahres.

selbst

Attest liegt bei

Kind(er)

1) Name:

geb.:

2) Name:

geb.:

3) Name:

geb.:

Bankverbindung:

IBAN:

BIC:

bei abweichendem Kontoinhaber:

Name, Vorname:

Straße / HNr.:

PLZ / Ort:

Hiermit wird erklärt, dass keine Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II) (Arbeitslosengeld II), nach dem Dritten und Vierten Kapitel des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) (Grundsicherung) oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bezogen werden.

Saarbrücken den, _____ Antragszeitraum 01.01.2020-30.06.2020

Antragsteller/Vertreter (Vollmacht liegt bei)

www.saarbruecken.de



Interne Vermerke:

OM:

gebucht am: