

Demande de participation aux frais d'élimination de couches pour personnes souffrant d'incontinence

Données du demandeur:

Je soussigné(e) _____
Nom Prénom

Matricule _____
N° (13 chiffres)

demeurant à _____
n° rue Code postal et localité

Téléphone _____
Fixe Mobile

Adresse email _____

Compte bancaire _____
Institut bancaire (BIC-Code) n° compte bancaire IBAN

demande un subside de 4,00 € par mois pour la personne souffrant d'incontinence désignée ci-après:

Données de la personne entravée:

Personne entravée _____
Nom Prénom

Matricule _____
N° (13 chiffres)

Pièce(s) justificative(s) à fournir:

- Certificat médical attestant l'incontinence de la personne concernée. (uniquement à joindre à la première demande)

**La demande doit être envoyée à l'Administration communale de Betzdorf
avant le 31 décembre de l'année en cours.**

Le subside est accordé à partir du mois de la réception de la demande.

La demande doit être renouvelée chaque année.

Le subside est liquidé à la fin de l'exercice.

_____, le _____
Localité date

Signature: _____

Renvoyer à l'Administration communale de Betzdorf

par e-mail : subvention@betzdorf.lu

par courrier : Administration communale de Betzdorf – 11, rue du château – L-6922 Berg

Renseignements : T. 28 13 73