

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 5,00 € par mois pour la personne souffrant d'incontinence désignée ci-après:

Données de la personne entravée:

Personne entravée	_____	_____
	Nom	Prénom
Matricule	_____	
	N° (13 chiffres)	

Documents à joindre :

- Certificat médical attestant l'incontinence de la personne concernée. (uniquement à joindre à la première demande)
- RIB (Relevé d'Identité Bancaire)

**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 _____, Signature: _____
Localité date

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