

# 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 2022\*\*

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

selbst  Attest: liegt bei  liegt vor

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 01.01.2023 -30.06.2023

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller / Vertreter (nur mit beiliegender Vollmacht)

[www.saarbruecken.de](http://www.saarbruecken.de)



Interne Vermerke:

OM:

gebucht am: