STADT FRIEDRICHSTHAL

Richtlinien über die Gewährung von Windelbonus

gemäß Beschluss des Stadtrates vom 24.11.2021

Die Stadt Friedrichsthal gewährt einen jährlichen Windelbonus, um Familien mit Kindern und pflegebedürftige Personen bei der Entsorgung des erhöhten Abfallaufkommens durch Windeln finanziell zu entlasten.

Empfänger des Windelbonus

- Eltern von Kindern bis zum 3. Lebensjahr.
- Personen, die aus Krankheitsgründen (Inkontinenz) regelmäßig Windeln benötigen.

Alle Antragsteller müssen mit erstem Wohnsitz in Friedrichsthal gemeldet sein und in privaten Haushalten leben.

Ausgeschlossen sind:

Personen, die in Pflegeeinrichtungen oder in ähnlichen Versorgungsstrukturen leben.

Ebenfalls keinen Windelbonus erhalten Personen, die Leistungen nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (Arbeitslosengeld II), nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (Grundsicherungsleistungen oder Sozialhilfe) oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen.

Beantragung:

Der Windelbonus ist im Rathaus, Schmidtbornstraße 12 A, 66299 Friedrichsthal zu beantragen.

Anträge sind jeweils für das vergangene Jahr in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni des Folgejahres zu stellen. Später eingehende Anträge werden nicht berücksichtigt.

Es ist in jedem Jahr ein neuer Antrag zu stellen.

Bei Interesse an der Teilhabe an diesem Zuschussprogramm ist zu beachten, dass aufgrund begrenzter Haushaltsmittel die Mittelvergabe bei grundsätzlicher Förderfähigkeit nach dem „Windhundprinzip" erfolgt. Das heißt, dass die Anträge in der Reihenfolge ihres Eingangs bearbeitet und beschieden werden, solange Haushaltsmittel verfügbar sind.

Antragsberechtigte:

- Für Kinder: die Erziehungsberechtigen.
- Für Inkontinenz-Patienten: sie selbst, deren Angehörige oder ein/e Betreuer/in. Dem Antrag ist ein aktuelles **ärztliches Attest** beizufügen, das die Erkrankung bestätigt.

Der Windelbonus kann auch unter nachfolgendem Link online beantragt werden:
www.friedrichsthal.de/windelbonus

Auszahlung und Höhe des Windelbonus

Der Windelbonus wird für ein Kalenderjahr auf ein im Antrag angegebenes Konto als Einmalbetrag überwiesen. Der Antragsteller erhält einen schriftlichen Bescheid über die Bewilligung. Der Windelbonus je Wickelkind und Inkontinenzpatient beträgt 12,50 € pro Jahr.

Gewährung von Windelbonus für Kinder

Der Windelbonus wird gewährt ab Geburt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das Kind den 3. Geburtstag feiert. Der Antrag kann zu Beginn des Folgejahres gestellt werden.

Gewährung von Windelbonus für Inkontinenz-Patienten

Der Windelbonus wird ab Feststellung der Erkrankung gezahlt. Der Antrag kann zu Beginn des Folgejahres gestellt werden.

Muss ein neuer Antrag im Folgejahr gestellt werden?

Ja. Die Vorlage eines weiteren Attests ist aber in der Regel nicht mehr erforderlich

Diese Richtlinien treten mit Wirkung vom 01.Januar 2022 in Kraft.

Friedrichsthal, den 25.11.2021

C. Jung
Bürgermeister

STADT FRIEDRICHSTHAL

ANTRAG auf Bewilligung von Windelbonus

Name, Vorname*: _____

Geburtsdatum*: _____

Straße /Haus. NR.*: _____

Ort: 66299 Friedrichsthal

Telefonnummer/Handy: _____

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

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

**** 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 /Haus. NR.*: _____

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.

Friedrichsthal, den _____ **(Antragszeitraum 01.01.-30.06.)**

_____

Antragsteller/Vertreter (Vollmacht liegt bei)

STADT
FRIEDRICHSTHAL

VOLLMACHT
zur Beantragung von Windelbonus

Ich (Antragsteller):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum/ -ort: _____

Straße / HNr.: _____

Ort: 66299 Friedrichsthal

bevollmächtige

Frau/Herrn
Name, Vorname: _____

Geburtsdatum/ -ort: _____

Windelbonus für mich zu beantragen.

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.

Hinweis: Der Bevollmächtigte hat sich bei Antragstellung auszuweisen.

Friedrichsthal, den _____

_____
Unterschrift des Antragstellers