

SUBSIDE AUX PERSONNES INCONTINENTES

FINANZIELLE BEIHILFE FÜR INKONTINENTE PERSONEN

Par la présente, je soussigné(e) (Nom, Prénom) _____, demeurant à
(Adresse exacte) _____ prie le

Collège Echevinal de la Commune de Kehlen de bien vouloir accorder un subside pour
personnes incontinentes (suivant la délibération du 11 novembre 1997 – No 8C)

(____) à moi-même

(____) à _____

(nom, prénom, adresse, matricule)

Note : a) le demandeur doit être, soit le demandeur lui-même, soit une personne de confiance
b) un certificat médical est à joindre obligatoirement

Kehlen, le _____ (signature)

Ich Unterzeichnete(r) (Name, Vorname) _____, wohnhaft in
(Adresse) _____ bitte das

Schöffenkollegium der Gemeinde Kehlen die finanzielle Unterstützung für inkontinente
Personen zu bewilligen (gemäß Entschluss vom 11. November 1997 – No 8C).

(____) für mich selbst

(____) für _____

(Name, Vorname, Adresse, Versicherungsnummer)

Anmerkungen: a) Der Antragsteller muß entweder er selbst oder eine Vertrauensperson sein
b) Eine ärztliche Bescheinigung muß beigefügt werden

Kehlen, den _____ (Unterschrift)

Réservé à l'administration / Der Verwaltung vorbehalten

Nom – Prénom _____

No client _____

No abonné _____

Subside accordé à partir du _____ jusqu'au _____

Finanzielle Unterstützung bewilligt vom _____ bis zum _____