

SUBVENTION POUR L'UTILISATION DE COUCHES HYGIÉNIQUES

**À RETOURNER DÛMENT REMPLI, SIGNÉ ET Y JOINDRE LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À L'ATTENTION DE LA COMMUNE DE SCHIFFLANGE,
SERVICE DE L'URBANISME ET DU DÉVELOPPEMENT DURABLE,
B.P. 11 L-3801 SCHIFFLANGE / SUDD@SCHIFFLANGE.LU**

Le présent formulaire est à utiliser pour les enfants de moins de 36 mois ou les personnes contraintes d'utiliser des couches hygiéniques pour des raisons de santé ou d'âge.

LE / LA SOUSSIGNÉ-E,

Nom :	
Prénom :	
Numéro et rue :	
Code postal et localité :	
Matricule :	
Téléphone :	
Email :	
IBAN :	
Banque :	

DÉCLARE PAR LA PRÉSENTE QUE TOUTES LES INDICATIONS FOURNIES SONT VÉRIDIQUES ET QUE LES COPIES SONT CONFORMES AUX ORIGINAUX.

Un délai de trois (3) mois est accordé aux personnes concernées pour introduire leur demande.
Une fois ce délai dépassé, la date de début de comptabilisation du subside sera rétroactivement décalée de trois mois avant la demande, même si les conditions étaient remplies avant.

Le paiement du subside sera effectué au prorata mensuel où les conditions sont remplies et le paiement effectif aura lieu au 1er trimestre de l'année suivante.

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter le règlement communal en vigueur ou contacter le Service de l'Urbanisme et du Développement Durable par téléphone au numéro 54 50 61 – 340 / 343.

Formulaire de demande faisant partie de la procédure visant à obtenir une subvention dans le cadre du règlement communal ayant comme objet l'allocation d'un subside pour l'utilisation de couches hygiéniques. Mise en vigueur le 1er janvier 2025.

AGISSANT EN TANT QUE

- ☐ Parent
☐ Représentant légal
☐ Pour son propre compte

CONDITION DU BÉNÉFICIAIRE

- ☐ Enfant de moins de 36 mois
- ☐ Raisons de santé ou d'âge
- ☐ Certificat médical (à joindre à la demande)
- ou
- ☐ Attestation établie par un réseau de soins (à joindre à la demande)

POUR LE COMPTE DE (UNIQUEMENT POUR LE(S) PARENT(S) ET REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX))

Bénéficiaire 1

Nom :

Prénom :

Numéro et rue :

Code postal et localité :

Matricule :

Date de naissance ou d'arrivée à Schiffflange :

Bénéficiaire 2

Nom :

Prénom :

Numéro et rue :

Code postal et localité :

Matricule :

Date de naissance ou d'arrivée à Schiffflange :

Bénéficiaire 3

Nom :

Prénom :

Numéro et rue :

Code postal et localité :

Matricule :

Date de naissance ou d'arrivée à Schiffflange :

Schiffflange, le

Les données récoltées dans ce formulaire sont nécessaires aux traitements de vos dossiers par les services de la Commune de Schiffflange, et le cas échéant par ses sous-traitants. Elles sont traitées de manière loyale et transparente conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), et conservées la durée nécessaire à ce traitement ainsi qu'aux délais d'archivage légaux applicables. En cas de questions au sujet du traitement des données personnelles, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse dpo@schiffflange.lu

(Signature du demandeur)