

Antrag auf kostenmäßige Entlastung für die Entsorgung von Inkontinenzartikeln



Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen.

Abfallwirtschaft
Landkreis Aurich
Holtmeedeweg 6
26629 Großefehn

Antragsteller*in

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		
Telefon		E-Mail	
Sofern der Antrag nicht für Sie selbst, sondern als Betreuer für eine andere Person gestellt wird, bitte die rechtliche Stellung zu dieser Person angeben. In diesem Fall ist eine Kopie des Betreuungsausweises dem Antrag beizufügen!			

Angaben zur Person, für die die Entlastung beantragt wird: Personendaten wie oben

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		

Angaben zu der für die Entsorgung der Inkontinenzartikel benutzten Restabfallbehälter:

<input type="checkbox"/> 120 Liter Restabfallbehälter	Behälter-Nr.
<input type="checkbox"/> 240 Liter Restabfallbehälter / 2 x 120 L Behälter (oder größer, z. B. 660 Liter Müllgroßbehälter)	Behälter-Nr.

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen:

- ärztliches Attest über Inkontinenz¹
- Abfallgebührenbescheid (Kopie ist ausreichend)

Eine Bearbeitung des Antrags ohne Vorlage des ärztlichen Attestes sowie des Abfallgebühren-/ Abgabenbescheides ist nicht möglich.

Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Name des Kreditinstituts	
Kontoinhaber*in	
IBAN	BIC

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Bei dauerhafter Inkontinenz ist eine schriftliche Bestätigung Ihres Arztes erforderlich. Der Antrag muss bei einer vorliegenden Dauer-Inkontinenz nur einmalig gestellt werden. In diesem Fall ist lediglich jährlich eine Meldebescheinigung der zuständigen Stadt, Samtgemeinde oder Gemeinde einzureichen.