

Antrag auf Unterstützung von Personen mit besonderem Abfallanfall

eFORMULAR



Landratsamt Miltenberg
Kommunale Abfallwirtschaft
Brückenstraße 2
63897 Miltenberg

Kommunale Abfallwirtschaft

Bei Fragen zur Pflgetonne
wenden Sie sich bitte an
Telefon: 09371 501-393
Fax: 09371 501-79262
E-Mail: zag@lra-mil.de

Datum

Angaben zum Grundstückseigentümer/ zur Grundstückseigentümerin

Name, Vorname			
Anschrift Straße, Hs.-Nr.		PLZ Ort	
Telefon		E-Mail	

Bei der anspruchsberechtigten Person:

Name, Vorname		geb. am	
---------------	--	---------	--

kommt es aufgrund von Krankheit/Pflegebedürftigkeit zu einem erheblichen zusätzlichen Mehranfall an Inkontinenzartikeln. Aus diesem Grund bitte ich/bitten wir um Unterstützung durch ein zusätzliches Tonnen-
volumen von 120 l pro Leerung.

Der erhöhte Anfall derartiger Abfälle ist

dauerhaft befristet bis ca.

Die Adresse weicht von der Adresse des Grundstückseigentümers wie folgt ab:

Tel.-Nr. des Betroffenen bzw. Betreuers	
---	--

Wir verpflichten uns, den Wegfall der Berechtigung unverzüglich dem Landratsamt Miltenberg zu melden. Uns ist bekannt, dass wir andernfalls die Abfallgebühren für die Zeit der unberechtigten Nutzung übernehmen müssen. Mit der Speicherung meiner Daten im Rahmen der Bearbeitung der Pflgetonne und der Weitergabe an die Wohnortgemeinde zur Überprüfung der Meldedaten bin ich einverstanden.

Unterschrift **Grundstückseigentümer**

Unterschrift **Betroffene/r** (falls nicht gleichzeitig Eigentümer)

ggf. Unterschrift **Erziehungsberechtigte/r**

ggf. Unterschrift **Betreuer/in**
Vollmacht des Betreuers/der Betreuerin bitte in Kopie beifügen!

Arztbestätigung siehe Seite 2

Hinweis:

Den folgenden Abschnitt bitte ausdrucken und vom behandelnden Arzt bzw. der Sozialstation ausfüllen lassen:

Bestätigung des behandelnden Arztes oder der Sozialstation:

Die krankheitsbedingte
Inkontinenz wird bestätigt für:

Name, Vorname

Ggf. Ergänzungen/ Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes/der Sozialstation

Stempel