

Abfallwirtschaftsbetrieb  
Landkreis Aurich  
Holtmeedeweg 6  
26629 Großefehn

## Antrag auf kostenmäßige Entlastung für die Entsorgung von Inkontinenzartikeln

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift -.

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen.

### 1. Angaben zum Antragsteller:

1.1	Name oder Firma	1.2	Namenszusatz
1.3	Vorname		
1.4	Straße / Hausnummer		
1.5	PLZ / Wohnort		
1.6	Sofern der Antrag nicht für Sie selber, 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!		

### 2. Angaben zu der Person, für die die Entlastung gestellt wird.

Personendaten wie oben (In diesem Fall entfallen weitere Angaben zu 2.)

2.1	Name	2.2	Namenszusatz
2.3	Vorname		
2.4	Geburtsdatum	2.5	Geburtsort
2.6	Straße / Hausnummer		
2.7	PLZ / Wohnort		

**3. Angaben zu der für die Entsorgung der Inkontinenzartikel benutzten Restabfalltonne:**

<b>3.1</b>	<b>Größe des Restabfallbehälters</b>	
	<input type="checkbox"/> 120 l Restabfallbehälter	<b>Behälter-Nr.</b>
<b>3.2</b>	<input type="checkbox"/> 240 l Restabfallbehälter (oder größer, z.B. 660-l Container)	<b>Behälter-Nr.</b>
	<p><b>Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliches Attest über Inkontinenz *)</li> <li>• Abfallgebührenbescheid des Landkreises Aurich bzw. Abgabenbescheid der Gemeinde, Samtgemeinde oder Stadt (Kopie ist ausreichend)</li> </ul> <p>Eine Bearbeitung des Antrages ohne Vorlage des ärztlichen Attestes sowie des Abfallgebühren-/Abgabenbescheides ist nicht möglich.</p>	
<b>3.3</b>	<b>Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen (freiwillig)</b>	
	<b>Vorwahl:</b>	<b>Rufnummer:</b>
<b>3.4</b>	<b>E-Mailadresse für evtl. Rückfragen (freiwillig)</b>	

**4. Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:**

<b>4.1</b>	<b>Name und Sitz des Geldinstituts</b>		
<b>4.2</b>	<b>IBAN</b>	<b>4.3</b>	<b>BIC</b>
<b>4.4</b>	<b>Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch)</b>		

<b>4.5</b>	<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
------------	-------------------	---------------------

\*) Bei dauerhafter Inkontinenz bitte ich Sie, sich dieses von Ihrem Arzt bestätigen zu lassen. Der Antrag muss bei einer vorliegenden Dauer-Inkontinenz nur einmalig gestellt werden. In diesem Fall ist mir lediglich eine jährliche Meldebescheinigung der zuständigen Stadt, Samtgemeinde oder Gemeinde einzureichen.