



Anschrift
Stadt Neustadt a.d.Waldnaab
Rathaus Stadtplatz 2-4
92660 Neustadt a.d.Waldnaab

Amt
Ansprechpartner
Durchwahl
E-Mail

Ordnungsamt
Herr Michl, Frau Scharnagl
09602/9434-18, 09602/9434-19
Ordnungsamt@neustadt-waldnaab.de

Antrag auf gebührenfreie Windelsäcke für Inkontinenz leidende Personen

Angaben des Antragstellers/der Antragstellerin	
Name	Vorname
Anschrift	
Telefon	Mobil
E-Mail	Website

Hiermit beantrage ich gebührenfreie Windelsäcke für folgende inkontinente Person

Angaben inkontinenten Person	
Name	Vorname
Anschrift	

Die Inkontinenz wird mit beiliegender Bescheinigung nachgewiesen. (s. Hinweis Nr. 2) Die nachfolgenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bestätige, dass die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung vorliegen.

- I. Hinweis:**
- Förderfähig sind inkontinente pflegebedürftige Personen, die zu Hause in einem Privathaushalt gepflegt werden und mit Hauptwohnsitz in Neustadt a.d.Waldnaab gemeldet sind. Antragsberechtigt sind die pflegebedürftigen Personen selbst oder pflegende Angehörige.
 - Die Inkontinenz ist durch eine aktuelle ärztliche Bescheinigung (s. Anlage), die nicht älter als zwei Wochen ist, unter Angabe der voraussichtlichen Zeitdauer nachzuweisen.
 - Ab Antragstellung (nicht rückwirkend) werden für an Inkontinenz leidende Personen, für die Dauer der bestätigten Inkontinenz, ein Restmüllsack pro Monat bzw. maximal zwölf Restmüllsäcke pro Jahr ausgegeben.
 - Eine Neubeantragung ist frühestens nach Ablauf von elf Monaten seit dem letzten Antrag möglich. Die Antragsvoraussetzungen sind dann erneut durch eine aktuelle ärztliche Bescheinigung zu belegen.

Datenschutz- und Erklärungshinweis:

Die in diesem Anzeigevordruck abgefragten personenbezogenen bzw. firmenbezogenen Daten werden auf gesetzlicher Grundlage erhoben und verarbeitet. Sie sind für die Bearbeitung des Antrags erforderlich und werden ausschließlich zu diesem Zweck verwendet. Ohne diese Angaben ist eine Bearbeitung nicht möglich. Die Verarbeitung erfolgt gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Bitte beachten Sie hierzu das Hinweisblatt zu den Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 EU-DSGVO sowie die Informationen auf der Internetpräsenz der zuständigen Behörde.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Anlage zum Antrag auf gebührenfreie Windelsäcke für Inkontinenzabfälle

Bestätigung des Hausarztes:

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass wegen Inkontinenz

des Herrn / der Frau, _____

geboren am _____

voraussichtlich für einen befristeten Zeitraum von _____ Monaten

voraussichtlich zumindest für die nächsten 12 Monate

Inkontinenzabfälle in erheblichem Umfang anfallen

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes