

Antrag auf Unterstützung von Personen mit besonderem Abfallanfall

eFORMULAR



Landratsamt Miltenberg
Kommunale Abfallwirtschaft
Brückenstraße 2
63897 Miltenberg

Kommunale Abfallwirtschaft

Bei Fragen zur Pflögetonne
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

mir

meinem Kind

meinem/r Mieter/in

der von mir
betreuten Person

geb. am

geb. am

geb. am

geb. am

kommt es aufgrund von Behinderung/Pflegebedürftigkeit zu einem erheblichen zusätzlichen Mehranfall an Inkontinenzartikeln. Aus diesem Grund bitte ich/bitten wir um Unterstützung durch ein zusätzliches Tonnen-
volumen von 60 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.

Unterschrift **Grundstückseigentümer**

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

ggf. Unterschrift **Erziehungsberechtigte/r**

ggf. Unterschrift **Betreuer/in**

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 Inkontinenz wird bestätigt.

Ggf. Ergänzungen/ Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes/ der Sozialstation

Stempel