

Gemeinde Malsfeld
Lindenstraße 1
34323 Malsfeld



Antrag auf kostenlose Müllsäcke für Haushalte mit inkontinenten Angehörigen

Antragsteller/in:

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: (Angabe freiwillig) _____

Für die anspruchsberechtigte Person:

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

werden für das Jahr _____

pro Monat, beginnend ab _____ kostenlose Restmüllsäcke beantragt.

Es wird bestätigt, dass die anspruchsberechtigte Person ihren Hauptwohnsitz in der Gemeinde Malsfeld. Eine Bestätigung des behandelten Arztes bzw. Pflegedienstes, dass die anspruchsberechtigte Person den Gebrauch von Inkontinenzartikeln bedarf, ist beizufügen oder unterstehend zu erklären.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ in

Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. des behandelnden Pflegedienstes:

Hiermit wird bestätigt, dass die oben aufgeführte anspruchsberechtigte Person den Gebrauch von Inkontinenzartikeln bedarf.

Ggf. Anmerkungen/ Ergänzungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des Arztes bzw. Pflegedienstes