

Antrag auf gebührenfreie Windelsäcke für an Inkontinenz leidende Personen

Antragsteller/in	
Name	Vorname
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Telefon*
	E-Mail*

*Diese Angaben sind freiwillig.

Hiermit beantrage ich gebührenfreie Windelsäcke für folgende inkontinente Person:

Name	Vorname
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Hinweise:

1. 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.
2. Die Inkontinenz ist durch eine aktuelle ärztliche Bescheinigung (s. Anlage), die nicht älter als zwei Wochen ist, unter Angabe der voraussichtlichen Zeitdauer nachzuweisen.
3. 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.
4. 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.

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist die Stadt Neustadt a.d.Waldnaab, Stadtplatz 2-4, 92660 Neustadt a.d.Waldnaab, poststelle@neustadt-waldnaab.de. Die Daten werden erhoben, um Ihren Antrag auf Windelsäcke zu bearbeiten. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter oder von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter cshell@neustadt-waldnaab.de erreichen können.

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