

Stadt Wächtersbach

Antrag auf Bereitstellung einer Windeltonne



Hiermit beantrage/n ich/wir die Bereitstellung einer kostenlosen Windeltonne.

Begründung:

Behinderung / Pflegebedürftigkeit / Erkrankung von

Frau/Herrn:

_____ (Vorname, Name in Druckschrift und Geburtsdatum)

Adresse:

_____ (Stadtteil, Straße, Hausnummer in Druckschrift)

Antragsteller*in:

_____ (Vorname, Name in Druckschrift, Telefon-Nr.)

Die Bestätigung einer Ärztin/eines Arztes/eines Pflegedienstes ist zwingend alle 2 Jahre erneut, ohne Aufforderung der Stadtverwaltung vorzulegen, da ansonsten die Windeltonne abgeholt wird.

Bitte vermerken Sie sich deshalb das Fälligkeitsdatum!

(Ort und Datum)

(Unterschrift Antragsteller*in)

Bestätigung der Ärztin / des Arztes / des Pflegedienstes

Durch die Behinderung / Pflegebedürftigkeit / Erkrankung der oben genannten Person entsteht ein erhöhtes Restmüllaufkommen.

(Ort und Datum)

(Stempel und Unterschrift)

Diese Bestätigung ist nur für maximal 2 Jahre ab diesem Ausstellungsdatum gültig!