

An den
Magistrat der Stadt Spangenberg
- Steueramt -
Marktplatz 1
34286 Spangenberg

Antrag auf kostenlose Müllsäcke für Haushalte mit pflegebedürftigen, inkontinenten Angehörigen

Antragstellerin/Antragsteller

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Telefon	E-Mail (Angabe freiwillig)

Pflegebedürftige, inkontinente Person

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

Es wird bestätigt, dass die pflegebedürftige, inkontinente Person ihren Hauptwohnsitz in der Stadt Spangenberg hat und zu Hause gepflegt wird. Eine Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. Pflegedienstes, dass die zu pflegende Person den Gebrauch von Inkontinenzartikeln bedarf, ist beizufügen oder unterstehend zu erklären.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Bescheinigung des behandelnden Arztes bzw. des behandelnden Pflegedienstes

Es wird bestätigt, dass die oben aufgeführte pflegebedürftige Person den Gebrauch von Inkontinenzartikeln bedarf.

Bemerkungen/Ergänzungen

--

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des Arztes/ Pflegedienstes