

Magistrat
Der Stadt Schwarzenborn
Marktplatz 1
34639 Schwarzenborn



Antrag auf kostenlose Müllsäcke für Haushalte mit pflegebedürftigen, inkontinenten Angehörigen

Antragstellerin/Antragsteller

Name, Vorname:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon:

Pflegebedürftige, inkontinente Person

Name, Vorname:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon:

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

Ort, Datum

Unterschrift

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