

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