



Der Landkreis Neumarkt i.d.OPf. unterstützt die Pflege zu Hause

Pflegebedürftige und Behinderte haben oft einen erhöhten Anfall an spezifischen Abfällen. Der Landkreis Neumarkt i.d.OPf. unterstützt diesen Personenkreis mit einer Ermäßigung der Müllgebühren.

Wenn eine 120 l-Mülltonne nicht ausreicht, erhalten Betroffene auf Antrag ein zusätzliches Restabfallvolumen von 60 Litern. Dies kann entweder eine kostenfreie 50/60 l-Restmüllmarke oder eine Gebührenermäßigung von 75,00 € auf eine größere Restmüllmarke sein.

Für die Gebührenermäßigung bzw. für die kostenfreie 50/60 l-Marke benötigen Sie:

- einen Antrag, der bei den Rathäusern, beim Sachgebiet Abfallwirtschaft im Landratsamt Neumarkt oder im Internet erhältlich ist.
- eine Bestätigung des behandelnden Arztes oder der Sozialstation, die auf dem Antragsvordruck abgegeben werden kann oder dem Antrag beizulegen ist.

Der Anspruch besteht nur für die Pflege zu Hause. Einrichtungen wie Alten- und Pflegeheime oder Sozialstationen werden nicht gefördert.

Entfällt die Berechtigung, z.B. weil die pflegebedürftige Person in ein Pflegeheim wechselt, muss dies dem Landkreis unverzüglich gemeldet werden. Sollte dies versäumt werden, können die entsprechenden Gebühren nachträglich erhoben werden.

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung von bis zu vier Wochen oder einem Krankenhausaufenthalt entfällt die Berechtigung nicht.

Das Antragsformular können Sie im Internet herunterladen unter:
www.landkreis-neumarkt.de/abfallwirtschaft

Sie haben noch Fragen?

Wenden Sie sich bitte an das Team der Abfallwirtschaft im Landratsamt Neumarkt i.d.OPf.

Tel. (0 91 81) 470-238

E-Mail: abfallwirtschaft@landkreis-neumarkt.de

Kommunaler Umweltschutz, Abfallwirtschaft Antrag auf Gebührenermäßigung - Pflegetonne



Landratsamt Neumarkt i.d.OPf.
Kommunaler Umweltschutz, Abfallwirtschaft
Nürnberger Str. 1
92318 Neumarkt

Antragsteller:

Name, Vorname			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Telefon		E-Mail	

Erstantrag

Folgeantrag

In meinem/unserem **Haushalt*** wohnt Herr/Frau

Name, Vorname der behinderten oder pflegebedürftigen Person

bei dem / bei der es aufgrund Behinderung und / oder Pflegebedürftigkeit zu einem erheblichen zusätzlichen Mehranfall an Inkontinenzartikel-Abfällen kommt. Eine 120 l Restmülltonne reicht hierfür nicht aus. Aus diesem Grund beantragen wir die Unterstützung durch den Landkreis bei der Bewältigung der zusätzlichen Abfallmengen.

*** Ein Haushalt in diesem Sinne besteht aus einer oder mehreren Personen, die in finanzieller Hinsicht und in der alltäglichen Haushaltsführung gemeinsam wirtschaften. Personen mit eigenständiger Haushaltsführung sind als eigener Haushalt zu betrachten.**

im Haushalt der/des Pflegebedürftigen lebt keine weitere Person

in diesem Haushalt leben neben der pflegebedürftigen Person noch folgende Personen:

Name, Vorname

Name, Vorname

Name, Vorname

Name, Vorname

Name, Vorname

bitte wenden!

Für das normale Abfallaufkommen in meinem/unserem Haushalt ist/sind bereits folgende **Restmülltonne(n)** vorhanden:

Mülltonnengröße	Gebührenmarke Nr. für das laufende Jahr

Die o.g. Tonne(n) wird/werden ausschließlich für den Haushalt des Pflegebedürftigen genutzt:

Ja Nein zutreffendes bitte ankreuzen

In meinem/unserem Haushalt wird als zusätzliche Pflegetonne folgendes Volumen benötigt:

_____ St. 50/60 l _____ St. 120 l _____ St. 240 l

Ich bitte um Zusendung

der Gebührenmarke nur für die Pflegetonne.
 der Gebührenmarken für b e i d e Restmülltonnen.

Die Gebühr soll von meinem Konto-Nr.: _____

BLZ: _____ bei: _____ abgebucht werden.

Ich verpflichte mich, den Wegfall der Berechtigung unverzüglich dem Landratsamt Neumarkt i.d.OPf. zu melden. Mir ist bekannt, dass ich andernfalls die Abfallgebühren für die Zeit der unberechtigten Nutzung nachzahlen muss.
Unvollständig ausgefüllte Anträge können nicht bearbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung des behandelnden Arztes oder der Sozialstation bzw. des Pflegedienstes

Die Angaben von Seite 1 des Antragsformulars werden bestätigt:

Ggf. Ergänzungen / Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des behandelnden Arztes / der Sozialstation