





So können Sie uns erreichen ...

 Telefon 09521/27-142 Herr Aull, Abfallberatung

 Telefax 09521/27-341

 e-mail [service@awhas.de](mailto:service@awhas.de)

 Internet [www.awhas.de](http://www.awhas.de)

Gerne auch als persönliche Vorsprache ...

Mo. bis Fr. 8:30 Uhr bis 12:30 Uhr, nachmittags nach vorheriger Absprache

An den

Abfallwirtschaftsbetrieb des  
Landkreises Haßberge  
Am Herrenhof 1  
97437 Haßfurt

## Antrag auf kostenfreie Restmüllabgabe von Inkontinenzabfällen

### Haushalt des Inkontinenzpatienten

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße / HS-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

*Sofern der Inkontinenzpatient nicht der Grundstückseigentümer ist, unbedingt dessen Adresse oder die des Verwalters angeben !*

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße / HS-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

vorhandenes Restmüllgefäß (bitte ankreuzen) .....  60 l Tonne mit **zweiwöchentlicher** Abholung  
.....  80 l Tonne mit **zweiwöchentlicher** Abholung  
.....  120 l Tonne mit **zweiwöchentlicher** Abholung

- Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.
- Ich bestätige weiterhin, dass die Inkontinenzabfälle in einem Privathaushalt anfallen.
- Ich verpflichte mich antragswichtige Änderungen binnen einem Monat zu melden.
- Mir ist bekannt, dass unbegründete Gebührennachlässe nachzuzahlen sind.

Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....

Inkontinenzpatient

betreuende Person

### Ärztliches Attest

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass wegen Inkontinenz

der Frau / des Herrn \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

in erheblichem Umfang und auf Dauer nicht vermeidbare Abfälle anfallen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

## Hinweise für die Gewährung einer Gebührenermäßigung bei Inkontinenz

### 1. Voraussetzungen für die Gewährung einer Gebührenermäßigung bei Inkontinenz im einzelnen

Die Entscheidung über die Gewährung der Gebührenermäßigung obliegt dem Landkreis Haßberge. Hierbei wird von folgenden Maßnahmen ausgegangen:

- Voraussetzung ist, dass beim Antragsteller selbst oder einer bei ihm im Haushalt lebenden Person krankheitsbedingt (durch Inkontinenz) so große Abfallmengen anfallen, dass die bisher genutzte Restmülltonne nicht mehr ausreicht. **Dies ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.**
  - Der Antragsteller kann wählen zwischen
    - a) 120 l ermäßigter Restmülltonne mit Gebühr für 60 l Restmülltonne (Grundstück bis 6 Pers.)
    - b) 120 l ermäßigter Restmülltonne mit Gebühr für 80 l Restmülltonne (Grundstück bis 8 Pers.)
    - c) 240 l ermäßigter Restmülltonne mit Gebühr für 120 l Restmülltonne (Grundstück bis 12 Pers.)
- Hinweis: Je Bewohner sind gem. der Abfallwirtschaftssatzung mind. 5 l Restmüllvolumen pro Woche vorzuhalten.
- Für Kinder unter 3 Jahren ist die Gewährung einer Gebührenermäßigung nicht möglich, weil bei diesen ohnehin Einwegwindeln anfallen.
  - Die Gebührenermäßigung wird ferner nur für Personen gewährt, die in einem Privathaushalt gepflegt werden, (keine staatlichen oder privaten Anstalten / Einrichtungen, wie z. B. Krankenhäuser, Altenheime, private Pflegeeinrichtungen usw.).
  - Nicht genehmigungsfähig ist die Kombination einer Gebührenermäßigung für Inkontinenz und 60 l Restmüllgefäß bei vierwöchentlicher Leerung.

### 2. Antragsstellung

Die Beantragung der Pflegefalltonne kann nur mit diesem Formblatt erfolgen. Dieses dient gleichzeitig als Vorlage für das ärztliche Attest.

### 3. Ansprechpartner beim Abfallwirtschaftsbetrieb

Bei Fragen bezüglich einer Gebührenermäßigung bei Inkontinenz wenden Sie sich an

Abfallwirtschaftsbetrieb des Landkreises Haßberge  
Zwerchmaingasse 14, 97437 Haßfurt, Zimmer Nr. 206, 2. OG  
Wolfgang Aull, Tel. 09521/27-142, Fax. 09521/27-341, e-mail w.aull@awhas.de

*frei für Eingangs- und Bearbeitungsvermerke des AWB d. Lkr. Haßberge*