



Der Magistrat
der Stadt Riedstadt
-Finanzmanagement-
Rathausplatz 1
64560 Riedstadt

Antrag auf Bezuschussung von Restmüllgebühren

- Erstantrag
 Folgeantrag

Angaben zum Antragsteller:

Name, Vorname:	Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:	Telefonnr.:

Ich bin (Mehrfachnennung möglich)

- Erziehungsberechtigte/r
 pflegende/r Angehörige/r
 Betreuer/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in
 selbst betroffen

und beantrage für:

Name, Vorname:	Geboren am:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort: 64560 Riedstadt

die Bezuschussung von Restmüllgebühren aufgrund erhöhtem Restmüllaufkommen durch Windeln.

Grund der Bezuschussung:

- Kind bis zum vollendeten dritten Lebensjahr
 Pflegebedürftige Person (nur bei häuslicher Pflege)
 Ein Nachweis über den Mehraufwand ist beigefügt.
 Geburtsurkunde ist beigefügt
(nur bei Erstantrag)
 ärztliches Attest ist beigefügt

Mir ist bekannt, dass die Bezuschussung bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes oder bis zum Zeitpunkt des Wegfalls der Pflegebedürftigkeit gewährt wird.

Ich bitte den Zuschuss auf folgendes Konto zu überweisen:

Bankverbindung:

Kontonummer	<input type="text"/>			
Bankleitzahl	<input type="text"/>			
Kreditinstitut	<input type="text"/>			
BIC	<input type="text"/>			
IBAN	<table border="1"><tr><td>D</td><td>E</td><td><input type="text"/></td></tr></table>	D	E	<input type="text"/>
D	E	<input type="text"/>		

Kontoinhaber:

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Tel.-Nr. (bei Rückfragen)	<input type="text"/>

Hinweis: Informationen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Verarbeitung durch die Stadt Riedstadt nach Artikel 12 bis 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden sich auf der Internetseite der Stadt Riedstadt unter www.riedstadt.de. Auf Wunsch betroffener Personen übersenden wir diese Informationen auch in Papierform.

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

Diese Bestätigung wird nur benötigt, wenn die Bezuschussung für eine pflegebedürftige Person beantragt wird.

Bestätigung des behandelnden Arztes

Es wird bestätigt, dass die auf der Vorderseite genannte Person Inkontinenzartikel benötigt.

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes