

**Antrag auf gebührenfreie Windelsäcke für an Inkontinenz leidende Personen**

|  |
| --- |
| **Antragsteller / in:** |
| Name: | Vorname: |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | Telefon: |
| E-Mail: |

Hiermit beantrage ich gebührenfreie Windelsäcke für folgende an Inkontinenz leidende Person:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Vorname: |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |
| für das Jahr:  |
| pro Monat, beginnend ab:  |

Folgende Anspruchsvoraussetzungen liegen vor:

- Die Windelsäcke werden für oben genannte an Inkontinenz leidende Person genutzt

- Diesem Antrag liegt eine Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. Pflegedienstes über dauerhafte Inkontinenz bei

Hinweise:

* Die Bestätigung über die Inkontinenz ist jährlich vorzulegen
* Ab Antragstellung wird für ein Jahr ein Windelsack pro Monat ausgegeben
* Die Ausgabe der Windelsäcke erfolgt in der Gemeinde Ebermannsdorf, Zimmer 1. Ein Postversand der Windelsäcke ist nicht möglich

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des Antragstellerstellers  |