



Antrag auf vergünstigte Restmüllsäcke zur Entsorgung von Windel- und Inkontinenzabfällen

- Eltern von **Kleinkindern bis 24 Monaten** können gegen Vorlage der Geburtsurkunde **insgesamt** bis zu zwei Rollen pro Kind **erwerben**.
- **Personen mit Inkontinenz** können gegen Nachweis **jährlich** zwei Rollen **erwerben**. Der Nachweis ist einmalig durch die Bestätigung des behandelnden Arztes oder Pflegedienstes zu erbringen.

Bürger aus Privathaushalten können diese bei Ihrer Stadt- und Gemeindeverwaltung, bei der Kreiskasse des Landratsamts Neuburg oder bei den Landkreisbetrieben Neuburg-Schrobenhausen erwerben.

Windeln sind normaler Bestandteil des Hausmülls und daher in erster Linie über die in jedem Haushalt vorhandene Restmülltonne zu entsorgen. Soweit Ihnen das Volumen der Restmülltonne für die Entsorgung der Windeln nicht ausreicht, haben Sie die Möglichkeit zum Erwerb der vergünstigten Restmüllsäcke.

Die vergünstigten Restmüllsäcke sind äußerlich von einem normalen Restmüllsack nicht zu unterscheiden und haben ein Volumen von 60 Litern. Den gefüllten Sack stellen Sie am Abfuhrtag neben Ihre Restmülltonne, er wird dann bei der Leerung mitgenommen.

Die vergünstigten Restmüllsäcke werden ausschließlich in Rollen zu 25 Stück zum Preis von **50 €** ausgegeben.

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------------|--|
| für (betroffene Person) | <input type="text"/> | | |
| | Geburtsdatum | | |
| Name, Vorname | Straße, Hs. Nr. | PLZ, Wohnort | |

25 Stück-Rolle / 50,00 €

1. Rolle abgeholt am: €

| | | |
|--------------------|----------------------|--------------|
| von: Name, Vorname | Straße, Hs. Nr., Ort | Unterschrift |
|--------------------|----------------------|--------------|

2. Rolle abgeholt am: €

| | | |
|--------------------|----------------------|--------------|
| von: Name, Vorname | Straße, Hs. Nr., Ort | Unterschrift |
|--------------------|----------------------|--------------|

| | |
|--|--|
| Bearbeitungsvermerk der ausgehenden Stelle | |
| Nachweis erbracht | in Datei erfasst |
| <input type="checkbox"/> für Kind bis 24 Monate durch _____ | <input type="checkbox"/> 1. Rolle _____ Kurzzeichen |
| <input type="checkbox"/> aus gesundheitlichen Gründen | <input type="checkbox"/> 2. Rolle _____ Kurzzeichen |
| Datum, Unterschrift _____ | |

Bestätigung des behandelnden Arztes oder Pflegedienstes:

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr _____

geboren am ____ . ____ . _____, wohnhaft in _____

die Voraussetzungen zum Bezug von Windelsäcken erfüllt.

ggf. Ergänzungen / Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift u. Stempel
des Arztes bzw. des Pflegedienstes



Hinweis für den Arzt/Pflegedienst; kann bei Bedarf abgetrennt werden

Voraussetzungen für den Bezug von Windelsäcken:

Beim Betroffenen liegt ein erhöhter Anfall von krankheitsbedingten Abfällen wie Windeln, Betteinlagen, usw. infolge von

- Inkontinenz
- anderen Erkrankungen (z.B. Stomapatienten)

vor.