

Stadt Verl
Der Bürgermeister

Antrag zur Gewährung eines Abfallzuschusses für Inkontinenzpatienten sowie Enterostoma- und Urostoma- Patienten

- Fremdantrag -

Ich beantrage den Abfallzuschuss für Frau/Herrn:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Ich beantrage den Abfallzuschuss als Angehörige verwandtschaftliche
Beziehung:**

Ich beantrage den Abfallzuschuss als Erziehungsberechtigte/r

Ich beantrage den Abfallzuschuss als gerichtlich bestellter Betreuer

Antragsteller:

Name, Vorname:

Anschrift:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon- od. Handy-Nr.

Siehe Rückseite



