

Absender - Name, Vorname des Eigentümers:	Straße, PLZ, Ort:	Kassenzeichen:
---	-------------------	----------------

Landratsamt Schweinfurt
 Sachgebiet 43
 Postfach 14 50
 97404 Schweinfurt

Härteregelung bei den Abfallgebühren im Landkreis Schweinfurt

1. Bestätigung des Hausarztes:

Bestätigung

Als behandelnder Hausarzt bestätige ich, dass wegen Krankheit von
 Herrn / Frau _____,
 geb. am _____,
 wohnhaft in _____,
 in erheblichem Umfang und auf Dauer nicht vermeidbare Abfälle anfallen.

Eine Nachuntersuchung ist nicht / ist in ___ Monaten erforderlich.

(nicht zutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift:

2. Antrag auf (bitte jeweils ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zusätzliche 120 Liter Restmülltonne ohne Grundgebühr | <input type="checkbox"/> ohne Schloss |
| <input type="checkbox"/> 240 Liter Restmülltonne für die Grundgebühr einer 120 Liter Restmülltonne
(im Austausch gegen die vorhandene 120 Liter Restmülltonne) | <input type="checkbox"/> mit Schloss
(einmalige Gebühr 25,00 €) |
| <input type="checkbox"/> 240 Liter Restmülltonne ist bereits vorhanden
(Umwandlung der Grundgebühr von monatlich 8,30 € auf 4,15 €) | |

Falls Antragsteller nicht selbst betroffen ist: o. g. Person lebt bei mir im Haushalt.

Ort, Datum:

Unterschrift des **Eigentümers**:
