

**Erstantrag** (für 2 Jahre)  **Folgeantrag** (ab dem 3. Jahr für 2 Jahre)  
**auf finanzielle Unterstützung**

Ein Antrag auf finanzielle Unterstützung kann gestellt werden, um (finanziell) bedürftige und an Inkontinenz erkrankte sowie in privaten Haushalten (keine stationären Einrichtungen) lebende Personen in Ostholstein hinsichtlich der mit der Erkrankung verbundenen „Mehr-Entsorgungskosten“ (Abfallgebühren) zu unterstützen. Die maximale Förderung liegt bei 50 EUR pro Kalenderjahr. Anträge sind bis zum 30.06. jeden Jahres zu stellen.

**I. Allgemeine Angaben zum Antragsteller / zur Antragstellerin**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
Bank/Sparkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
eMail: \_\_\_\_\_

**II. Spezielle Angaben zum Antragsteller / zur Antragstellerin**

Akt. Pflegestufe:  keine  Stufe 0  Stufe 1  Stufe 2  Stufe 3  
Steuerpflichtiges  unter 17.500 EUR  17.501 bis 35.000 EUR  
Einkommen pro Jahr  35.001 bis 50.000 EUR  über 50.000 EUR  
(Selbstauskunft)

**III. Beigefügte Unterlagen**

- Kopie der letzten Pflegeeinstufung  
 Ärztliche Bescheinigung zur Inkontinenzkrankung <sup>1</sup>  
 Abfall-Gebührenbescheid (Zweckverband Ostholstein) - zwingend -

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und beantrage einen finanziellen Zuschuss als Teil-/Ausgleich der bedingt durch meine Inkontinenz-Erkrankung höheren Abfallgebühren. Änderungen teile ich unverzüglich mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<sup>1</sup> Die Bescheinigung ist nur erforderlich, wenn sich die Inkontinenzkrankung nicht bereits aus der Pflegeeinstufung ergibt.