

AANVRAAGFORMULIER TEGEMOETKOMING VOOR ONVERMIJDBAAR MEDISCH AFVAL

U kunt dit formulier ook online invullen. Kijk hiervoor op www.gemeentewesterveld.nl

Dit formulier graag volledig invullen en inleveren bij of sturen naar:

Gemeente Westerveld bezoekadres: Raadhuislaan 1, 7981 EL

Diever postadres: Antwoordnummer 11041 Diever

De aanvraag

Wij ontvangen uw aanvraag graag vóór 1 december van het belastingjaar waarover u de tegemoetkoming aanvraagt. Wij kijken of uw aanvraag goed ingevuld en compleet is. U ontvangt altijd een bevestiging van uw aanvraag. Indien u binnen 4 weken geen ontvangstbevestiging van ons hebt ontvangen, neem dan contact met de gemeente op. Onze beslissing wordt altijd schriftelijk aan u medegedeeld.

Als uw aanvraag wordt goedgekeurd, ontvangt u de tegemoetkoming in het jaar erop.

Dit wordt verrekend in de eindafrekening afvalstoffenheffing.

Uw gegevens

Naam en voorletters:	_____	Geboortedatum:	_____
Burgerservicenummer:	_____	Telefoonnummer:	_____
E-mailadres:	_____		
Straat:	_____		
Postcode en woonplaats:	_____		

Aanvullende informatie en bijlage

Stuur bij deze aanvraag een factuur van de apotheek of ziektekostenverzekeraar mee. Of een schriftelijke verklaring van uw medisch behandelaar of apotheek. Uit de factuur of verklaring moet blijken dat u hulpmiddelen gebruikt waardoor u extra afval heeft. Dit zijn hulpmiddelen vanwege een langdurige chronische ziekte, of een handicap waarbij gebruik van stoma- of incontinentiemateriaal noodzakelijk is. Zonder deze informatie kunnen wij uw aanvraag niet behandelen.

Verklaring machtiging en ondertekening

Met het plaatsen van de handtekening verklaar ik dat:

- het formulier naar waarheid is ingevuld;

Uw gegevens worden door ons zorgvuldig verwerkt op grond van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

(plaats)

(datum)

(handtekening)

Aantal bijlagen: _____

Let op:

Vergeet niet te bijlagen toe te voegen.