

Verzendadres

Participe
t.a.v. Wmo/Kaag en Braassem
Postbus 92
2400 AB Alphen aan den Rijn

meldingkb@Participe.nu

In te vullen door gemeente

Datum ontvangst: _____

Aanvraagformulier financiële tegemoetkoming wegens medisch afval

Op grond van de beleidsregels van de gemeente Kaag en Braassem bestaat de mogelijkheid een financiële tegemoetkoming aan te vragen voor medisch afval. U kunt deze tegemoetkoming aanvragen als u of een huisgenoot vanwege een chronische ziekte of handicap extra (veel) medisch afval heeft.

Vul onderstaande gegevens in en laat het tweede blad door de behandelend arts, medisch specialist of apotheek invullen. De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de bewoner die de afvalstoffenheffing op het betreffende adres betaalt.

Persoonlijke gegevens van de aanvrager

Naam en voorletters : _____

Straat en huisnummer : _____

Postcode en woonplaats : _____

Geboortedatum : _____

Burgerservicenummer : _____

(mobiel) telefoonnummer : _____

E-mailadres : _____

Extra afval bestaat uit: stomamateriaal
 nierdialysemateriaal
 incontinentiemateriaal
 anders namelijk: _____

Naam en adres : _____

(van de persoon die extra medisch afval heeft als die afwijkt van de aanvrager)

Wie op bovenstaand adres betaalt de afvalstoffenheffing?: aanvrager/de persoon met medisch afval*
(doorstrepen wat niet van toepassing is)

Rekeningnummer van degene die de afvalstoffenheffing betaalt: _____

Ondertekening door (naam) : _____

De ondergetekende verklaart dat de bovenstaande gegevens naar waarheid zijn ingevuld.

Datum : _____

Plaats : _____

Handtekening :

Na het invullen en ondertekenen kunt u dit formulier opsturen met de antwoordvelop die u erbij gekregen heeft. Of digitaal naar meldingkb@participe.nu. Deze vergoeding wordt slechts één keer uitbetaald aan de betaler van de afvalstoffenheffing.

Medische verklaring

Hierbij verklaart ondergetekende (huisarts, specialist, of apotheker), dat aan

Naam : _____

Geboortedatum : _____

Adres : _____

Postcode en woonplaats : _____

Om medische redenen veelvuldig en voor onbepaalde tijd incontinentie-/stoma-/nierdialysemateriaal/anders*, namelijk
wordt verstrekt.

* doorstrepen wat niet van toepassing is

Naam : _____

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening : _____

Stempel (apotheker, behandelend arts/specialist)