



Aan het college van Burgemeester en Schepenen
Van en te Bornem

AANVRAAGFORMULIER GRATIS ROL GROTE HUISVUILZAKKEN OM MEDISCHE REDENEN BIJ DE VASTE AFVALBIJDRAGE

JAAR _____

Bij deze vraag ik een gratis rol grote huisvuilzakken als tegemoetkoming van de belasting op afvalbeheer.

Ik heb medische redenen, die bewezen worden door bijgevoegd formulier van het ziekenfonds, of een beslissing van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap inzake incontinentieforfait of een attest van de behandelende arts op de keerzijde.

Mijn gegevens:

Naam en voornaam: _____

Rijksregisternummer: _____

Gedomicilieerd bij:

(indien u niet het gezinshoofd bent, referentiepersoon van het gezin, vermeld op inningsbewijs afvalbijdrage)

Naam en voornaam: _____

Straat en huisnummer: _____

2880 Bornem

Telefoonnummer: _____

- Mijn gegevens mogen gebruikt worden in het kader van het verstrekken van informatie over onze dienstverlening.

(datum en handtekening)

Bezorg dit aanvraagformulier samen met het attest of ingevulde luik door uw huisarts **voor 30 september** aan het onthaal in het gemeentehuis en je ontvangt één gratis rol grote huisvuilzakken voor dit belastingjaar.

LUIK IN TE VULLEN DOOR UW ARTS

(Alleen in te vullen als u geen attest van het ziekenfonds of van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap kunt voorleggen)

Gegevens behandelende arts:

Naam en voornaam: _____

RIZIV-nummer : _____

Verklaring op erewoord:

- Verklaart hierbij dat bovenvermelde persoon _____ voldoet aan de medische voorwaarden met een score 3 of 4, voor het criterium incontinentie, van het afhankelijkheidsrooster vastgelegd in het KB van 2 juni 1988 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor incontinentiemateriaal en dit :
 - Voor onbeperkte tijd
 - Voor de periode ___/___/_____ tot ___/___/_____ (minimum 1 jaar ononderbroken)

- Verklaart hierbij dat bovenvermelde persoon omwille van medische redenen, anders dan incontinentie (bijvoorbeeld nierdialyse aan huis, stomapatiënt, huidziekte met blaarvorming en loslating opperhuid,...) extra verzorgingsmateriaal gebruikt en dit:
 - Voor onbeperkte tijd
 - Voor de periode ___/___/_____ tot ___/___/_____ (minimum 1 jaar ononderbroken)
 -

Ondertekening

Datum, handtekening en stempel behandelende arts