

M e r k b l a t t

Kommunaler Lastenausgleich zu den lebenssituationsbezogenen

Mehraufwendungen für die Müllentsorgung

Familien/Haushalte mit Kleinkindern bis zum abgeschlossenen zweiten Lebensjahr und/oder Familien/Haushalte mit pflegeabhängigen Personen, die unter chronischer Inkontinenz leiden, erhalten auf Antrag pro anspruchsberechtigte Person einen Lastenausgleich.

Weiterhin die in der Gemeinde Bickenbach aktiv tätigen Tageseltern, die nach jährlichem, schriftlichen Antrag bei der Gemeindeverwaltung den Erstattungsbetrag für 8 Leerungen in Höhe von € 102,40 erhalten.

Die Anspruchsberechtigung ist von den Antragstellern:

- für Kleinkinder durch einmalige Vorlage der Geburtsurkunde
- für pflegebedürftige Personen durch eine eidesstattliche Versicherung oder Vorlage einer ärztlichen Attests
- den Nachweis über den ersten Wohnsitz in der Gemeinde Bickenbach zu belegen

Die Höhe des Kommunalen Lastenausgleichs Müllentsorgung wird festgelegt pro Jahr und anspruchsberechtigte Person auf die Leistungsgebühr für 4 Leerungen bei einer 80-Liter-Tonne - zurzeit € 51,20.

Bitte beachten Sie: der Antrag muss für jedes anspruchsberechtigte Jahr neu gestellt werden!

Ihre Fragen beantwortet Ihnen gerne unsere Sachbearbeitung unter den Telefon-Nr. 06257/9330-11 (Frau Michel) oder -33 (Frau Wiczorek).

Wir informieren Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Nähere Einzelheiten finden Sie unter folgendem Link:

Datenschutzerklärung der Gemeinde Bickenbach

<https://www.bickenbach-bergstrasse.de/de/datenschutz/>

Sollten Sie über keinen Internetzugang verfügen, können wir Ihnen diese Informationen gerne auch in Papierform zur Verfügung stellen. Hierzu bitten wir um einen kurzen Hinweis.

A N T R A G 2 0 2 0

KOMMUNALER LASTENAUSGLEICH ZU DEN LEBENSITUATIONSBEZOGENEN MEHRAUFWENDUNGEN FÜR DIE MÜLLENTSORGUNG

Antragsteller*in Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Anschrift

Kind*/Pflegebedürftige Person* Name, Vorname, Geburtsdatum, -ort

*bitte Nachweis beifügen (siehe Merkblatt)

erster Wohnsitz des Kindes/der Person in Bickenbach seit _____

**Die Höhe der Erstattung des Kommunalen Lastenausgleichs wird auf € 51,20 pro
Jahr und anspruchsberechtigte Person festgelegt, für aktive Tageseltern auf € 102,40
(siehe Merkblatt).**

Bankverbindung:

Kontoinhaber mit Adresse: _____

Geldinstitut: _____

IBAN _____

Erklärung:

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner/unserer Angaben. Mir/uns ist bekannt, dass der Antrag bei unvollständig gemachten Angaben nicht bearbeitet werden kann.

Bickenbach, den _____ Unterschrift: _____

Erläuterungen zum Antrag finden Sie auf dem beiliegenden Merkblatt. Bitte beachten Sie, dass der Antrag für jedes anspruchsberechtigte Jahr neu gestellt werden muss.

Den Erstattungsbetrag überweisen wir Ihnen am 01. Dezember.

Der Gemeindevorstand
der Gemeinde Bickenbach
im Auftrag

Datum

Unterschrift