

## Entsorgung medizinischer Hilfsmittel



Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

die Stadt Nidderau bietet bei der Entsorgung medizinischer Hilfsmittel in folgenden Fällen eine Unterstützung an (*Antrag siehe Rückseite*):

### Inkontinenz

Bei ärztlich bescheinigter Inkontinenz können die gebrauchten Vorlagen ohne zusätzliche Gebühr über die städtischen Windsäcke entsorgt werden. Diese werden einfach am Entleerungstermin der Restmüllbehälter an die Straße gestellt. Die jeweiligen Termine finden Sie im Abfallkalender. Die Säcke werden für interne statistische Zwecke in einem gekennzeichneten Behälter gewogen. Das Gewicht wird Ihnen jedoch nicht in Rechnung gestellt. Beachten Sie bitte, dass diese Säcke ausschließlich für die Entsorgung von Babywindeln und Vorlagen genutzt werden dürfen. Bei fehlerhafter Befüllung bleiben sie von der Einsammlung ausgeschlossen. Sie erhalten die Säcke am Empfang des Rathauses gegen Vorlage des Antrages.

### Stoma

Für Stomaträger/-innen gilt eine andere Regelung. Die Stomabeutel entsorgen Sie bitte unbedingt ausschließlich über die Restmüllbehälter. Sie erhalten als Ausgleich einen Zuschuss zu den Entsorgungskosten in Höhe von max. 50,- Euro/Jahr. Der Zuschuss wird ab dem Zeitpunkt der bescheinigten Krankheit gewährt, im laufenden Jahr berechnet sich die Höhe anteilig (50,- €:12 Monate x Anzahl der Monate).

### Beantragung

Bitte füllen Sie bei beiden Krankheitsbildern (Inkontinenz und Stoma) den Vordruck auf der Rückseite aus. Der Zuschuss für die Entsorgung der Stomabeutel wird für ein Jahr gewährt und ist jährlich erneut zu beantragen! Liegt er der Stadtverwaltung (Bürgerbüro) jeweils bis zum 15. November vollständig vor, so erhalten Sie noch einen anteiligen Zuschuss für das laufende Kalenderjahr.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den Fachdienst Abfall unter der Rufnummer 299-181 oder besuchen uns in der persönlichen Sprechstunde (montags: 8.00-12.00 Uhr und 16.00-18.30 Uhr sowie dienstags und donnerstags von 8.00-12.00 Uhr, Zimmer O.29 a im 1. Stock.

*Mit freundlichen Grüßen*

*Fachdienst Abfall*

# Antrag

## Patientin / Patient

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Stadtteil: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Nur von Stomapatient/-in auszufüllen:

Nummer der Restmülltonne: \_\_\_\_\_  
(Aufkleber seitlich an der Tonne)

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

---

## Ärztin / Arzt

Stomapatient/-in seit: \_\_\_\_\_

Inkontinenzpatient/-in seit: \_\_\_\_\_

-----  
Stempel, Datum, Unterschrift (Ärztin / Arzt)

---

**Bearbeitungsvermerk:** (wird von der Stadt ausgefüllt)

Eingang:

Vorkontierung:

Auszahlungsbetrag: