



**Antrag auf gebührenfreie Windelsäcke für inkontinente
pflegebedürftige Personen**

Nachfolgend genannte pflegebedürftige Person wird im privaten
Haushalt gepflegt und benötigt Inkontinenzartikel:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Antragsteller:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Die Inkontinenz-Erkrankung wird mit beiliegendem ärztlichen Attest nachgewiesen. Für die Dauer der bestätigten Inkontinenz werden ein Windelsack pro Monat bzw. bis zu maximal 12 Windelsäcke pro Jahr ausgehändigt. Danach ist ein neuer Antrag erforderlich.

Die Voraussetzungen dafür, entnehmen Sie bitte den darauffolgenden Seiten.

Mit folgender Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit der angegebenen Daten:

Brensbach, den _____
Unterschrift

Windelsäcke erhalten:

Brensbach, den _____
Unterschrift

**Anlage zum Antrag auf gebührenfreie Windelsäcke für
Inkontinenzabfälle**

Bestätigung des Hausarztes: Ärztliches Attest

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass wegen Inkontinenz des Herrn /
der Frau _____

geboren am _____

☐ voraussichtlich für einen Zeitraum von _____ Monaten,

☐ voraussichtlich zumindest für die nächsten 12 Monate
Inkontinenzabfälle in erheblichem Umfang anfallen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Voraussetzungen für die Aushändigung von gebührenfreien Windelsäcken:

- Förderfähig sind inkontinente pflegebedürftige Personen unabhängig von der Pflegestufe, die zuhause in einem Privathaushalt gepflegt werden.
- Antragsberechtigt sind die pflegebedürftige Person, Angehörige oder Betreuungsbefugte.
- Berechtigt sind die pflegebedürftigen Personen die mit Hauptwohnsitz in der Gemeinde Brensbach gemeldet sind.
- Ab Antragstellung (nicht rückwirkend) werden für die Dauer der bestätigten Inkontinenz ein Windelsack pro Monat bzw. maximal 12 Windelsäcke pro Jahr (für einen Zeitraum von max. 12 Monaten) ausgegeben.
- Der Antrag ist für die Dauer der bestätigten Inkontinenz von maximal 12 Monaten gültig.
Danach ist ein neuer Antrag erforderlich