

Füllen Sie dieses Formular am Computer aus. Sie haben folgende Möglichkeiten das Formular einzureichen:

1. **Persönliche Abgabe** – ausgefülltes Formular ausdrucken, unterzeichnen und im zuständigen Amt abgeben
2. **Post** – ausgefülltes Formular ausdrucken, unterzeichnen und an das zuständige Amt senden
3. **E-Mail** - bitte Fotokopie des gültigen Personalausweises beilegen

Stadtgemeinde Bruneck
Steuern und Gebühren
Rathausplatz 1
39031 Bruneck

MÜLLGEBÜHREN. ANTRAG UM ERMÄSSIGUNG FÜR DAS JAHR

Nr. _____

DER/DIE ANTRAGSTELLER/IN			
PERSÖNLICHE DATEN			
Vorname		Nachname	
Geburtsdatum	Geburtsgemeinde	Steuernummer	
WOHNSITZ			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Gemeinde
KONTAKTDATEN			
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail	
ERSUCHT UM			
<input type="checkbox"/> ERMÄSSIGUNG BEI VERWENDUNG VON HEILBEHELFFEN		<input type="checkbox"/> ERMÄSSIGUNG FÜR PERSONEN, DIE FINANZIELLE SOZIALHILFE ERHALTEN	
Sonderermäßigung wegen nachgewiesenem höheren Müllaufkommen durch Verwendung von Heilbehelfen (Windelhosen, -einlagen) aus Krankheitsgründen, gemäß Art. 15. Abs. 1, Buchstabe a) der Verordnung über die Anwendung der Müllgebühren		Sonderermäßigung für Personen, die finanzielle Sozialhilfe erhalten, gemäß Art. 15, Abs. 1, Buchstabe b) der Verordnung über die Anwendung der Müllgebühren <input type="checkbox"/> erklärt, dass er/sie in den letzten drei Monaten finanzielle Sozialhilfe laut Art. 19 des Dekretes des Landeshauptmannes Nr. 30 vom 11. August 2000 erhalten hat.	
FÜR DIE BETROFFENE PERSON (nur angeben falls nicht der/die Antragsteller/in)			
Vorname		Nachname	
Geburtsdatum	Geburtsgemeinde	Steuernummer	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl 39031	Gemeinde Bruneck
MÜLLMEDUNG LAUTEND AUF			
Vorname		Nachname	

Tel. 0474 545208

steuern@gemeinde.bruneck.bz.it - www.gemeinde.bruneck.bz.it

Öffnungszeiten:

Steuern und Gebühren: Mo – Fr von 8.30 bis 12.30 Uhr

WEITERE ANGABEN

ERKLÄRUNGEN

- Der/die Antragsteller/in erklärt, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen sowie feststellbar und belegbar sind – Art. 43 des D.P.R. Nr. 445/2000 in geltender Fassung.
- Der/die Antragsteller/in erklärt in Kenntnis zu sein, dass bei Abgabe unwahrer Erklärungen bzw. bei Erstellung oder Gebrauch von gefälschten Urkunden und Dokumenten, die vorgesehenen strafrechtlichen Sanktionen angewandt werden – Art. 76 des D.P.R. Nr. 445/2000 in geltender Fassung.
- Der/die Antragsteller/in bestätigt, die Datenschutzbestimmungen gelesen zu haben und damit einverstanden zu sein. Im Sinne und für die Wirkungen der Art. 12, 13 und 14 der EU-Verordnung 679/2016 sind die Datenschutzinformationen unter folgendem Link abrufbar <https://www.gemeinde.bruneck.bz.it/de/Verwaltung/Web/Datenschutz> oder in den Büros des Rathauses einsehbar.

ANLAGEN

1.	<input type="checkbox"/>	Ärztliche Bescheinigung	nur bei Verwendung von Heilbehelfen (1. Antrag)
2.	<input type="checkbox"/>	Verschreibung des Gesundheitsbezirks	nur bei Verwendung von Heilbehelfen (darauffolgende Anträge)
3.	<input type="checkbox"/>	Bestätigung über die erhaltene finanzielle Sozialhilfe	nur bei Erhalt von finanzieller Sozialhilfe

WICHTIG: Der Antrag um Ermäßigung muss jährlich gestellt werden!

Datum**Der/die Antragsteller/in**

Tel. 0474 545208

steuern@gemeinde.bruneck.bz.it - www.gemeinde.bruneck.bz.it

Öffnungszeiten:

Steuern und Gebühren: Mo – Fr von 8.30 bis 12.30 Uhr