

# Reductie afvalstoffenheffing ingevolge medisch afval Gemeente Goes

## Aanvrager

Hierbij verklaart ondergetekende:

Naam belastingplichtige: .....

Adres: .....

Postcode en woonplaats: .....

onevenredig getroffen te zijn door het in de gemeente Goes gehanteerde systeem “afval scheiden dat doe je goed”, invoering Diftar. Reden hiervan is het feit, dat hij/zij als gevolg van een medische indicatie voor:

Naam: .....

Voornamen: .....

Geboortedatum: .....

noodgedwongen door een chronische ziekte of medische beperking onevenredig veel afval moet aanbieden via de (ondergrondse) restafvalcontainer en hij/zij geen mogelijkheden heeft de afvalstroom te verminderen. In verband hiermee verzoekt hij/zij om een toekenning van reductie van de afvalstoffenheffing. Onder chronische ziekte of medische beperking wordt verstaan een ziekte of medische beperking die naar verwachting langer dan een jaar duurt.

## Beoordeling

Om u aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een bewijs nodig waaruit blijkt dat u of uw gezinslid inderdaad materiaal gebruikt dat valt onder “medisch afval”.

### Dit kunt u op de volgende manieren aantonen:

- Indien u uw materiaal haalt bij een apotheek, vraagt u aan de apotheek een op naam gestelde verklaring of bon waaruit blijkt welke materialen u gebruikt. Deze voegt u bij dit aanvraagformulier.
- Indien u uw materiaal ergens anders haalt, bijvoorbeeld via internet, voegt u een op naam gestelde aankoop- of pakbon met daarop vermeld de aangeschafte materialen bij dit aanvraagformulier.

## Indienen aanvraag

De reductie van de afvalstoffenheffing kan jaarlijks in de periode 1 oktober t/m 31 december van het lopende jaar worden aangevraagd en gaat in met terugwerkende kracht tot 1 januari van het lopende kalenderjaar waarin de vermindering is aangevraagd.

Ondertekende stemt ermee in dat bovenstaande bij derden kan worden nagetrokken.

## Ondertekening

Plaats:..... Datum:.....

Handtekening: .....

Het ingevuld en ondertekend aanvraagformulier met bijbehorend bewijsmateriaal kunt u opsturen naar **SABEWA Zeeland, Postbus 1155, 4530 GD TERNEUZEN** met als vermelding “**Regeling medisch afval Gemeente Goes 2019**”.