



Aanvraag toelage bij belasting op het inzamelen van huishoudelijke afvalstoffen

Met dit formulier vraagt u een toelage van 24 euro aan in het kader van de vaste afvalbijdrage
Let wel: enkel in te vullen indien u niet automatisch deze toelage heeft ontvangen op uw aanslagbiljet.
U dient dit formulier samen met de nodige bewijzen voor het einde van het dienstjaar (C.)
of uiterlijk twee maanden na het dienstjaar bij (A en B) terug te bezorgen:

Aankruisen welke toelage voor u van toepassing is

U bent (als alleenstaande) of minstens één lid van uw gezin is

- ☐ A. Gerechtigde op verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering
(voeg een **attest van de mutualiteit** of overheidsdienst toe waaruit blijkt dat u of het lid van uw gezin op 1 januari van het dienstjaar geniet van de verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering of kosteloze gezondheidszorgen geniet en uw/zijn/haar bruto-inkomen lager ligt dan het toekenningplafond voor gerechtigden op verhoogde tegemoetkoming)
- OF
- ☐ B. Gerechtigde op leefloon of financiële hulp van het OCMW
(voeg een **bewijs van het OCMW** toe waaruit blijkt dat u of het lid van uw gezin op 1 januari van het dienstjaar of in de loop van het dienstjaar ten minste gedurende drie maanden geniet van het leefloon of financiële steun)
- OF
- ☐ C. Stoma-, incontinentie- of nierdialysepatiënt
(voeg **het attest van de behandelende arts toe - zie invulmodel op keerzijde**)

Gegevens van de aanvrager

Naam

Voornaam

.....

Straat

Huisnummer

Bus

.....

Postcode

Gemeente

.....

Rijksregisternummer

Telefoon- of gsm nummer

.....

Gegevens aanslagbiljet betreffende de belasting op het inzamelen van huishoudelijke afvalstoffen

Nummer kohierartikel

.....

Ondertekening

Datum

Handtekening

.....

Hoe verder met dit formulier?

Bezorg dit formulier **samen met het attest**, terug aan

- de balie van de dienst belastingen & inningen, Grote Markt 21, 2800 Mechelen
- fax: 015/29.76.39
- email: nadine.dewit@mechelen.be

LUIK IN TE VULLEN DOOR UW ARTS

(alleen bij stoma-, incontinentie- of nierdialysepatiënt)

Gegevens behandelende arts

Naam en voornaam

.....

RIZIV-nummer

.....

Verklaring op erewoord

- ☐ Verklaart hierbij dat bovenvermelde persoon stoma-, incontinentie- of nierdialysepatiënt is en dit
 - Voor onbeperkte tijd
 - Voor de periode/...../..... tot/...../.....
(minimum 1 jaar ononderbroken)

Ondertekening

Datum, handtekening en stempel