



# Aanvraagformulier vermindering afvalstoffenheffing bij medisch afval

U kunt vermindering van afvalstoffenheffing aanvragen, wanneer u medisch afval heeft als gevolg van een chronische ziekte of handicap.

## Gegevens aanvrager \*

Voorletters: \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Burger Service Nummer (BSN): \_\_\_\_\_

Ingangsdatum gebruik  
medische hulpmiddelen: \_\_\_\_\_

*Hiermee geef ik toestemming voor de verwerking van mijn medische gegevens (bijzondere persoonsgegevens in de zin van de AVG) om in aanmerking te komen voor vermindering van afvalstoffenheffing.*

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening aanvrager: \_\_\_\_\_

*\*) De aanvrager is degene die gebruik maakt van de medische hulpmiddelen.*

## Informatie over start medisch afval

Wilt u ons informatie doorsturen waaruit blijkt per wanneer er sprake is van medisch afval?  
Bijvoorbeeld: een verklaring van de behandelend arts, een verklaring van de leverancier medische hulpmiddelen of pakbonnen.

Stuurt u dit formulier ingevuld, ondertekend en met de gevraagde informatie op naar SVHW.

- Per e-mail: [Diftar@svhw.nl](mailto:Diftar@svhw.nl)
- Per post: SVHW, Cluster Heffen, Postbus 7059, 3286 ZH Klaaswaal

*De vermindering van afvalstoffenheffing bij medisch afval is mogelijk voor inwoners van de gemeenten Altena, Albrandswaard, Goeree-Overflakkee, Barendrecht, Hoeksche Waard en Krimpenerwaard.*