Abmeldung vom Rundfunkbeitrag

für Bewohner einer Pflegeeinrichtung oder Einrichtung für Menschen mit Behinderung

Postanschrift
ARD ZDF Deutschlandradio
Beitragsservice
50656 Köln
www.rundfunkbeitrag.de/service
Fax 018 59995 0105
(6,5 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, abweichende Preise für Mobilfunk)

1. Allgemeine Angaben

Beitragsnummer

☐ Frau ☐ Herr

Titel/Nachname

Vorname

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Tipp zum Ausfüllen!
Bitte schreiben Sie immer in BLOCKBUCHSTABEN und in den Farben Blau oder Schwarz. Umlaute Ä, Ö, Ü und ß bitte so schreiben: HÄBERLE, BÖHME, HÜBNER, GROß.

← **Bitte beachten!**
Geben Sie hier die Adresse Ihrer angemeldeten Wohnung/Ihres Zimmers an.

2. Die Abmeldung hat folgenden Grund:

☐ Ich wohne in einem Zimmer einer Pflegeeinrichtung/Einrichtung für Menschen mit Behinderung.

☐ Ich ziehe in ein Zimmer einer Pflegeeinrichtung/Einrichtung für Menschen mit Behinderung.

Die vollständige Aufgabe meiner Wohnung erfolgt zum Tag Monat Jahr

← **Bitte beachten!**
Eine Abmeldung ist nur möglich, wenn Sie in einem Zimmer der Einrichtung dauerhaft vollstationär betreut und gepflegt werden.

0107 03.2014

3. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Ort: Accum

Unterschrift des Beitragszahlers oder Bevollmächtigten

Datum Tag Monat Jahr

← **Bitte unterschreiben!**
Eine Abmeldung ist nur mit Datum und Unterschrift gültig.

4. Bestätigung der Einrichtung

Die oben genannte Person ist **vollstationär in einem Zimmer** unserer Pflegeeinrichtung bzw. unserer Einrichtung für Menschen mit Behinderung untergebracht.

Name der Einrichtung: Friesisches Pflegezentrum

Straße/Hausnummer: Geestweg 2

PLZ: 26419

Ort: Schortens

☒ Unsere Einrichtung ist zur vollstationären Pflege durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zugelassen.

☐ Unsere Einrichtung erbringt Leistungen im Sinne des § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XII und hat hierzu mit dem Träger der Sozialhilfe eine Vereinbarung geschlossen.

Ort

Stempel/Unterschrift **der Einrichtung**

Datum Tag Monat Jahr

← **Bitte unterschreiben!**

Ansprechpartner/in und Telefonnummer der Einrichtung für Rückfragen (beide Angaben freiwillig):