Abmeldung vom Rundfunkbeitrag

für Bewohner einer Pflegeeinrichtung oder Einrichtung für Menschen mit Behinderung

1. Allgemeine Angaben

Beitragsnummer

☐ Frau ☐ Herr

Titel/Nachname

Vorname

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

2. Die Abmeldung hat folgenden Grund:

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

☐ Ich ziehe in eine Pflegeeinrichtung/Einrichtung für Menschen mit Behinderung.

Die vollständige Aufgabe meiner Wohnung erfolgt zum Tag Monat Jahr

3. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Ort

Unterschrift des Beitragszahlers oder Bevollmächtigten

Datum Tag Monat Jahr

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

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

☐ 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

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

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)

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.

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

Bitte unterschreiben!

0107 02.2013