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 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

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
Fax 01806 999 555 01
(20 Cent/Anruf aus dem dt. Festnetz, 60 Cent/Anruf aus dem dt. Mobilfunknetz)

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

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

← **Bitte unterschreiben!**