

## BEITRAGSSERVICE

## ABMELDUNG VOM RUNDFUNKBEITRAG für Bewohner einer Pflegeeinrichtung oder Einrichtung für Menschen mit Behinderung

Ich melde meine Wohnung/mein Zimmer ab, da ich

in einer Pflegeeinrichtung/Einrichtung für Menschen mit Behinderung wohne.

in eine Pflegeeinrichtung/Einrichtung für Menschen mit Behinderung umziehe.

Die vollständige Aufgabe meiner Wohnung erfolgt zum

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Frau

Herr

Beitragsnummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Bitte geben Sie hier die Adresse Ihrer angemeldeten Wohnung/Ihres Zimmers an.

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Beitragszahlers oder Bevollmächtigten

### Bestätigung der Einrichtung

Die oben genannte Person ist in einem Zimmer der vollstationären Pflege untergebracht.

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

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

Unsere Einrichtung ist zur vollstationären Pflege durch Vereinbarung mit dem Träger der Sozialhilfe nach § 75 Abs. 3 SGB XII zugelassen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift der Einrichtung

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in

Bitte senden Sie die Abmeldung an ARD ZDF Deutschlandradio, Beitragsservice, 50656 Köln oder per Fax an 018 59995 0105 (6,5 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, abweichende Preise für Mobilfunk)