

# Antrag für 40 l Restmüllvolumen - Pflegebedürftigkeit

Falls Sie ein vergünstigtes 40 l Zusatzvolumen zu Ihrer bisherigen Restmülltonne für eine pflegebedürftige Person wünschen, dann senden oder faxen Sie diesen vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag bitte an:



Bergischer Abfallwirtschaftsverband  
Kommunale Entsorgung Engelskirchen  
Braunwerth 1-3  
51766 Engelskirchen

Fax: 02263/805-533  
Servicetelefon: 02263/805-805-3  
E-Mail: [kommunen@bavmail.de](mailto:kommunen@bavmail.de)

**Anschrift des Grundstückseigentümers: Kassenzeichen: EK.**

\_\_\_\_\_  
(Vorname und Nachname) \_\_\_\_\_ (Straße und Hausnummer)  
51766 Engelskirchen  
\_\_\_\_\_  
(Telefon / Email) \_\_\_\_\_ (Postleitzahl und Ort)

**Anschrift Objekt-Adresse:**

Name des Windel-/ Pflegevolumen Nutzers:

\_\_\_\_\_  
(1. Nutzer: Vorname und Nachname) \_\_\_\_\_ (Straße und Hausnummer)  
51766 Engelskirchen  
\_\_\_\_\_  
(2. Nutzer: Vorname und Nachname) \_\_\_\_\_ (Postleitzahl und Ort)  
\_\_\_\_\_  
(3. Nutzer: Vorname und Nachname) \_\_\_\_\_ Telefon / E-Mail

Tragen Sie die **aktuelle Behälteranzahl** der Restmülltonnen ein:

**Anzahl: \_\_\_ x 80 l \_\_\_ x 120 l \_\_\_ x 240 l**

Tragen Sie die **gewünschte Behälteranzahl** der Restmülltonnen nach Ihrem Bedarf ein:

**Anzahl: \_\_\_ x 80 l \_\_\_ x 120 l \_\_\_ x 240 l**

**Anzahl der im Haushalt lebenden Personen : .....Personen**

Nach Prüfung Ihrer Angaben setzt sich der BAV bezüglich eines Behältertauschs der Restmülltonne unter den angegebenen Kontaktdaten mit Ihnen in Verbindung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Grundstückseigentümer/in

Ärztliche Bestätigung der Inkontinenz

der Frau / des Herrn \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift