



## Antrag auf Eingliederung

Hiermit beantrage ich, für die Ermittlung des Mindestrestabfallvolumens und damit verbunden, die Berechnung der Abfallgebühr die nachstehend genannte/n Person/en in meinen Haushalt einzugliedern.

Ich versichere, daß die Person/en nicht über eine eigene Küche bzw. Kochnische verfügt / verfügen und mit mir einen gemeinsamen Haushalt führt / führen.

Postadresse:  
Kreisverwaltung Kaiserslautern  
Burgstraße 11  
67659 Kaiserslautern

Besucheradresse:  
Am Altenhof 6  
67655 Kaiserslautern

Telefon (0631) 7105 - 329/ - 405  
- 433/ - 435  
- 508

### Antragsteller/in:

(Haushalt, in den eingegliedert werden soll)

_____
Name, Vorname
_____
Straße Hausnummer
_____
PLZ, Ort

_____
Telefonnummer Antragsteller/in
_____
Unterschrift

### Angaben zum / zur Wohnungs- / Hauseigentümer/in:

\_\_\_\_\_

Name, Vorname, Adresse

### Angaben zu der/den einzugliedernden Person/en:

_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum