

Antragsteller

Landesamt für Soziales und Versorgung
Dezernat 53 – Herr Pasdzior
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus

Änderungsantrag Altenpflegehilfe 2025

Aktenzeichen:

Teilnehmer		Festbetrag	Betrag je Monat
Vom	Bis	Monate	Betrag pro Jahr
Vom	Bis	Monate	Betrag pro Jahr
Insgesamt		Monate	Gesamt

Kostenpositionen

	2025	2026	Gesamt
Personalkosten			
Sachkosten			
Gesamt			

(Ort, Datum)

(Unterschriften der nach den gesetzlichen Bestimmungen/Statuten
des Antragstellers zur Vertretung berechtigten Personen)

Bitte Unterschrift(en) in Druckschrift wiederholen