

Antragsteller

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

Änderungsantrag Altenpflegehilfe 2024

Aktenzeichen:

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

Kostenpositionen

| | 2024 | 2025 | 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