

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