

Absender:

Datum: _____

Landesamt für Soziales und Versorgung
Dezernat 52
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus

Rechtsbehelfsverzicht

Ihr Zuwendungsbescheid/Änderungsbescheid vom: _____

Geschäftszeichen _____

(Zweck der Zuwendung)

Ich erkläre hiermit, dass ich auf das Einlegen eines Rechtsbehelfs verzichte.

(rechtsverbindliche Unterschrift
des Zuwendungsempfängers)

(Unterschrift in Blockschrift)

(Stempel)

Der Zuwendungsbescheid erlangt nach Ablauf der Rechtsbehelfsfrist von einem Monat Bestandskraft. Sie können den Eintritt der Bestandskraft und damit die Auszahlung beschleunigen, wenn Sie mit diesem Formblatt erklären, dass Sie auf einen Rechtsbehelf verzichten.