

Anlage 5

urschriftlich zurück an:



Rheinland-Pfalz

LANDESAMT FÜR SOZIALES,
JUGEND UND VERSORGUNG

**Landesamt für Soziales,
Jugend und Versorgung
Abteilung 6
Referat 64
Rheinallee 97-101
55118 Mainz**

Absender:
(Vollständiger Name und Adresse des Zuwendungs-
empfängers)

Ort _____

Datum _____

Rechtsbehelfsverzicht

**zur Förderleitlinie zur Sicherstellung einer landesweiten Basisversorgung
an Gebärdensprachdolmetschleistungen für hörbehinderte Menschen in
Rheinland-Pfalz (FLL GSD)**

Zuwendungsbescheid vom _____

AZ.: 64-4461 - _____

Hiermit verzichte ich / verzichten wir auf die Einlegung eines Rechtsbehelfs gegen den
o. a. Zuwendungsbescheid des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung
über _____ € entsprechend der FLL GSD in
der entsprechend gültigen Fassung.

(Name, Vorname und Unterschrift, ggf. der gesetzlichen Vertretung)