

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

60 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Aktenzeichen des LWL

**Leistungen des LWL-Inklusionsamtes Soziale Teilhabe  
aus Anlass der Entlassung aus einer stationären Einrichtung**

1. Ich bestätige den Erhalt des Bescheides einschließlich des Merkblattes des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe über die Gewährung einmaliger Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt aus Anlass meiner Entlassung aus einer stationären Einrichtung.
2. Ich bestätige ferner, entsprechend Ziffer 3 des Merkblattes die Leistungen gemäß ihrer Zweckbindung einzusetzen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der leistungsberechtigten Person