

# Anlage 5

urschriftlich zurück an:



Rheinland-Pfalz

LANDESAMT FÜR SOZIALES,  
JUGEND UND VERSORGUNG

**Landesamt für Soziales,  
Jugend und Versorgung  
Abteilung 4  
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.: 45-4461 -** \_\_\_\_\_

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)