

**Name und Anschrift des Betreuungsvereins:**

---

---

---

Aktenzeichen des Landesbetreuungsamtes: 65 97 50/ 1-

Datum: \_\_\_\_\_

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen  
Landesbetreuungsamt  
Hörsterplatz 2  
48147 Münster

**Mitteilung über personelle Veränderungen im anerkannten Betreuungsverein:**

Hiermit teilen wir die folgende personelle Veränderung im anerkannten Betreuungsverein mit:

<b>I. Ausscheiden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern:</b>	
Name Mitarbeiterin/Mitarbeiter:	
Datum des Ausscheidens:	

<b>II. Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern:</b>	
Name Mitarbeiterin/Mitarbeiter:	
Qualifikation Mitarbeiterin/Mitarbeiter:	
Datum der Einstellung:	
<input type="checkbox"/>	Die erforderlichen Unterlagen (Arbeitsvertrag, Zeugnis und ggfs. Urkunde) liegen bei.
<input type="checkbox"/>	Die erforderlichen Unterlagen (Arbeitsvertrag, Zeugnis und ggfs. Urkunde) werden nachgereicht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift