

Bestätigung des örtlichen Trägers der Sozialhilfe

Name, Vorname, Geburtsdatum

(zukünftige) Anschrift

60 _____ / _____
Aktenzeichen des LWL

**Leistungen der LWL-Behindertenhilfe Westfalen
aus Anlass der Entlassung aus einer stationären Einrichtung**

Die Miete für die Wohnung/das Zimmer unter der o. a. Anschrift in Höhe von _____ EUR monatlich zzgl. Heizkosten in Höhe von _____ EUR monatlich ist angemessen im Sinne des SGB XII.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Sozialamtes