

**MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE DIENSTE**

**SOZIALAMT**

**BESTÄTIGUNG ÜBER FREIWILLIGE REDUZIERUNG ODER EINSTELLUNG VON LEISTUNGEN**

Name Verwaltungsbezirk  
Adresse Fallnummer  
Datum

Sehr geehrte/r,

Ihre Lebensmittelleistungen werden:

reduziert auf mit Wirksamkeit  
 eingestellt mit Wirksamkeit

Diese Änderung wird vorgenommen, weil:

---

Vorschriften, denen diese Maßnahme zugrunde liegt, finden sich in Abschnitt 635 des Zertifizierungshandbuchs für Lebensmittelleistungen.

Wenn Sie mit dieser Entscheidung nicht einverstanden sind, haben Sie ein Recht auf eine faire Anhörung. Sie erhalten eine faire Anhörung, indem Sie Ihrer lokalen Stelle für Lebensmittelleistungen mitteilen, dass Sie eine Anhörung wünschen. Sie können die Stelle innerhalb von 90 Kalendertagen nach diesem Schreiben entweder persönlich, telefonisch oder schriftlich kontaktieren. Die Anhörung kann von einem beliebigen Mitglied Ihres Haushalts oder von Ihrem Vertreter beantragt werden. Sie können bei der Anhörung von einem persönlichen Vertreter vertreten werden, zum Beispiel von einem von Ihnen beauftragten Anwalt. Möglicherweise steht ein kostenloser Rechtsbeistand zur Verfügung. Kontaktieren Sie Ihre lokale Stelle für Rechtsbeistand.

Um eine Anhörung zu beantragen, rufen Sie bitte die Stelle für Lebensmittelleistungen unter \_\_\_\_\_ an oder füllen Sie untenstehendes Formular aus und senden Sie es zurück.

Mit freundlichen Grüßen

---

Wenn Sie eine faire Anhörung wünschen, füllen Sie bitte dieses Formular aus, reißen Sie es ab und senden Sie es an:

\_\_\_\_\_  
Name der Person, die eine Anhörung beantragt

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer, unter der Sie erreichbar sind

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Heutiges Datum

Hier können Sie uns mitteilen, warum Sie eine faire Anhörung wünschen

---

(Nur für amtliche Vermerke) Sachbearbeiter

Datum des Versands der Mitteilung

Datum des Erhalts