

An das
Landesamt für
Bürger- und Ordnungsangelegenheiten
Abt. I - Entschädigungsbehörde - I A 5 -
Fehrbelliner Platz 1
10702 Berlin

Name:

Reg. Nr.:

ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich mich im letzten Bewilligungszeitraum

nicht in einem Krankenhaus, einer Klinik o.ä. zur stationären Behandlung aufgehalten habe. *)

in der Zeit vom bis zur stationären Behandlung im - Krankenhaus aufgehalten habe. *)

Mir ist bekannt, dass die Ernährungszulage während eines stationären Aufenthalts grundsätzlich ruht und dass überzahlte Beträge zurückgefordert werden.

Ferner ist mir bekannt, dass die Zahlung der Ernährungszulage eine Ermessensleistung ist, die sich nach den wirtschaftlichen Verhältnissen richtet und jederzeit widerrufen werden kann.

Berlin, den

Vor- und Zuname

*) Zutreffendes bitte ankreuzen