



**An die
Stiftung der Lebenshilfe Herford
Ackerstr. 31
32051 Herford**

A n f r a g e

für einen Besuchsdienst für Menschen mit Behinderung und deren Angehörige aus dem Bereich der Lebenshilfe Herford

Antragsteller:

(Name, Tel.-Nr.)

Besuchsdienst bei

(Name)

Der Besuchsdienst ist zeitlich begrenzt auf 1 x pro Woche, bis ca. 60 Minuten, nach Bedarf und Absprache.

Die Stiftung setzt sich telefonisch mit dem Antragsteller in Verbindung.

(Datum)

(Unterschrift)