

Leistungen für Bildung und Teilhabe

(für Empfänger von Leistungen nach dem SGB II, SGB XII oder AsylbLG)



Allgemeine Angaben:

Name: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr. _____

Postleitzahl, Wohnort: _____ Telefonnummer: _____

1. Meinem Sohn _____ (Vorname) _____ (Name) _____ (Geburtsdatum) _____ (Geburtsort)

Meiner Tochter _____ (Vorname) _____ (Name) _____ (Geburtsdatum) _____ (Geburtsort)

entstehen Aufwendungen:

für einen eintägigen Ausflug der Schule bzw. Kindertageseinrichtung
(Bitte machen Sie ergänzende Angaben unter 2. und weisen Sie die Höhe der Kosten nach.)

für eine mehrtägige Klassenfahrt bzw. eine mehrtägige Fahrt der Kindertageseinrichtung
(Bitte machen Sie ergänzende Angaben unter 2. u. legen Sie eine Bestätigung der Schule bzw. der Kindertageseinrichtung über Art, Dauer u. Kosten der Fahrt sowie die Bankverbindung der Schule/ der Kindertageseinrichtung vor.)

für notwendige Schülerbeförderung, die nicht von Dritten übernommen wird
(Bitte machen Sie ergänzende Angaben unter 2. und weisen Sie die Höhe der Kosten monatlich durch Belege nach.)

für gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in der Schule oder Kindertageseinrichtung
(Bitte machen Sie ergänzende Angaben unter 2. und 3.)

zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben (Aktivitäten in Vereinen, Musikunterricht, Freizeiten, o.ä.)
(Bitte machen Sie ergänzende Angaben unter 4. und fügen Sie einen Nachweis über die Kosten bei.)

2. Die unter 1. genannte Person besucht: eine allgemein-/ berufsbildende Schule eine Kindertageseinrichtung

Name der Schule/ Einrichtung: _____ Klasse / Gruppe: _____

Anschrift der Schule/ Einrichtung: _____

Bankverbindung der Schule/ Einrichtung: _____
(Bei eintägigen Ausflügen bzw. mehrtägigen Fahrten)

3. Ergänzende Angaben zur **Mittagsverpflegung in der Schule/ Kindertageseinrichtung:**

Die unter 1. genannte Person nimmt regelmäßig an dem in der Schule angebotenen gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

Die unter 1. genannte Person besucht im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) eine Kindertageseinrichtung u. nimmt im Monat an durchschnittl. _____ Tagen am gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

Werden für Ihr Kind Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB IX gewährt (Integrativer Kindergartenplatz)?

Ja Nein

4. Ergänzende Angaben zur **Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben:**

Die unter 1. genannte Person nimmt in der Zeit von _____ bis _____ (Datum) an folgender Aktivität teil:

Aktivität/ Vereinsmitgliedschaft: _____

Name und Anschrift des Leistungsanbieters/ Vereins: _____

Die Kosten hierfür betragen _____ € im Monat Quartal Halbjahr Jahr.

Bitte fügen Sie einen Nachweis über diese Kosten bei!

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift der/ des Leistungsberechtigten	Ort, Datum	Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/ des gesetzlichen Vertreters der/ des Leistungsberechtigten
------------	---	------------	---