

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 _____
 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 und 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- oder 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 und nimmt im Monat an durchschnittlich _____ Tagen am gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

Werden für Ihr Kind Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB XII gewährt (Integrativer Kindergartenplatz)? Ja Nein

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

Die unter 1. genannte Person nimmt im 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
------------	---	------------	---