

| |
|----------------------------|
| Interne Bemerkungen |
| |
| |

| |
|-------------------------------------|
| Aktenzeichen (falls bekannt) |
| |

| |
|------------------------------------|
| Eingangsvermerk der Behörde |
| |
| Eingangsdatum, Handzeichen |

Bitte in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

Das Formblatt senden Sie bitte an:

Landkreis Eichsfeld
Sozialamt
Aegidienstraße 24
37308 Heilbad Heiligenstadt

| |
|---|
| Antrag für Leistungen zur Bildung und Teilhabe |
| ergänzende angemessene Lernförderung |
| <i>Bitte Zutreffendes ankreuzen:</i> |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II) <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Sozialhilfe (SGB XII) <input type="checkbox"/> AsylbLG <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag (Bitte Bescheid beifügen!) <input type="checkbox"/> ohne Bescheid/geringes Einkommen |

1. Angaben zum Antragsteller

Telefonnr.: _____

| | | |
|-------------|---------|--------------|
| Name | | |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße, Nr. | | |
| PLZ | Ort | |

Bankverbindung

| | | |
|------|-----|----------------|
| IBAN | BIC | Kreditinstitut |
|------|-----|----------------|

2. Ich beantrage die Übernahme der Aufwendungen für die Teilhabe meines Kindes an einer ergänzenden angemessenen Lernförderung. Der Antrag wird gestellt für:

| | | |
|---------------------|--------------------|--------------|
| Nachname des Kindes | Vorname des Kindes | Geburtsdatum |
|---------------------|--------------------|--------------|

3. Mein Kind besucht zurzeit: eine Kindertageseinrichtung
 eine allgemein- oder berufsbildende Schule

| | |
|--|----------|
| Name der Kindertageseinrichtung bzw. Schule / Klasse | |
| Straße, Nr. | PLZ, Ort |

4. Als Nachweis für die Kosten sind beigefügt:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewilligungsbescheid | <input type="checkbox"/> Einladung / Kostennachweis |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | |

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und werde unverzüglich alle Änderungen mitteilen, die Auswirkungen auf die Leistung haben könnten. Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit diesem Leistungsbegehren erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 68 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.

Auch habe ich das Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten nach Art 13 DS-GVO zur Kenntnis genommen. Der Abruf der Datenschutzerklärung der Fachämter kann online unter <https://www.kreis-eic.de/datenschutzerklaerung-fachaemter.html> sowie auf Anfrage erfolgen.

Datum und Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters