

Antragsteller (Name, Vorname, Anschrift)
Geburtsdatum:

Bitte in Druckschrift ausfüllen und zutreffendes ankreuzen

Den Antrag senden Sie bitte an:

Landkreis Eichsfeld
Grundsicherungsamt
SG Fallmanagement
Friedensplatz 8
37308 Heilbad Heiligenstadt

Aktenzeichen

Eingangsvermerk der Behörde

Antrag auf Leistungen zur Assistierten Ausbildung gem. § 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. §§ 74 ff. SGB III

Datum: _____

Ich beantrage die Übernahme von Kosten für Assistierte Ausbildung gem. § 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. §§ 74 ff. SGB III.

1. Benennung der beantragten Leistung

Die Leistungen werden aus den folgenden Gründen benötigt:

2. Angaben zum Maßnahmeträger:

Name des Bildungsträgers

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort des Bildungsträgers

Ansprechpartner

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum, Unterschrift des Antragstellers