

## Leistungen für Bildung und Teilhabe

§ 28 SGB II

Wenn Sie bereits Leistungen nach dem SGB II beantragt haben, so ist eine gesonderte Antragstellung im Hinblick auf die Leistungen für Bildung und Teilhabe nicht erforderlich. Der Antrag auf SGB II – Leistungen umfasst auch die Leistungen für Bildung und Teilhabe.

Dennoch sind zur Bearbeitung antragsergänzende Angaben notwendig, die nachstehend von Ihnen beantwortet werden müssen.

Bitte füllen Sie die nun folgenden Felder vollständig und gut leserlich aus und beachten Sie das beiliegende Merkblatt. Bitte kreuzen Sie ausschließlich diejenige/n Leistung/en an, welche begehrt wird / werden.

### 1. Angaben zum Antragsteller/in

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Die / der Antragsteller/in bezieht Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II).  ja  nein

Die / der Antragsteller/in hat am \_\_\_\_\_ Leistungen nach dem SGB II beantragt.

ja  nein

Abweichende Bankverbindung zum Haupt- bzw. Weiterbewilligungsantrag  ja  nein

Bankverbindung des Antragstellers (**falls abweichend bitte angeben**):

Zahlungsempfänger: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

### 2. Für wen werden Leistungen für Bildung und Teilhabe hiermit geltend gemacht?

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von der des Antragstellers / der Antragstellerin) \_\_\_\_\_

Verwandtschafts- / Betreuungsverhältnis (Bsp.: Kind, Enkelkind, Mündel) \_\_\_\_\_

### 3. Begehrte Leistungen für Bildung und Teilhabe

#### 3.1 Aufwendungen für gemeinschaftliches Mittagessen in der Schule oder Kindertageseinrichtung

Das Kind nimmt in der Schule seit \_\_\_\_\_ regelmäßig an der Mittagsverpflegung teil.

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Das Kind besucht voraussichtlich vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eine Kindertageseinrichtung und nimmt seit \_\_\_\_\_ am gemeinsamen Mittagessen teil.

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Mir sind Kosten durch Vorauszahlungen in Höhe von \_\_\_\_\_ € für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ entstanden.  
(Als Nachweis bitte Rechnung oder Quittung beifügen)

Mir entstehen ab \_\_\_\_\_ Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ €:

einmalig  monatlich  je Quartal  halbjährlich  jährlich  
(Als Nachweis bitte Rechnung oder Quittung beifügen)

### **3.2 tatsächliche Aufwendungen zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben**

Diese Leistungen erhalten Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, sofern tatsächliche Aufwendungen bestehen. Es können pauschal bis zu 15,00 € monatlich übernommen werden.

Art der Aktivität bzw. Teilhabe bitten konkret bezeichnen:

in den Bereichen Sport, Spiel, Kultur, Geselligkeit: \_\_\_\_\_

Unterricht in künstlerischen Fächern, Musikunterricht: \_\_\_\_\_

Freizeiten (außerschulisch) \_\_\_\_\_

Zeitraum der Aktivität: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Vereins-)Mitgliedschaft seit: \_\_\_\_\_

Name / Anschrift des Vereins: \_\_\_\_\_

andere Leistungsanbieter: \_\_\_\_\_

Anschrift des Leistungsanbieters: \_\_\_\_\_

Die Kosten betragen \_\_\_\_\_ €

einmalig  monatlich  je Quartal  halbjährlich  jährlich

Die Kosten sollen direkt an den Leistungsanbieter gezahlt werden.  ja  nein

Bitte legen Sie die Bestätigung des Leistungsanbieters (Anlage 1) oder geeignete Nachweise für Ihre Aufwendungen vor. (Rechnung, Quittung)

### **3.3 Aufwendungen für ein- oder mehrtägige Ausflüge der Schule oder Kindertageseinrichtung**

Bitte Bestätigung der Schule oder der Kindertageseinrichtung vorlegen. (Anlage 2)

### **3.4 Aufwendungen für eine die schulischen Angebote ergänzende angemessene Lernförderung**

Bitte Bestätigung der Schule (Anlage 3) sowie des Leistungsanbieters (Anlage 4) vorlegen.

### **3.5 Kosten für die Ausstattung mit persönlichem Schulbedarf**

Bitte legen Sie eine aktuelle Schulbescheinigung vor.

### **3.6 Kosten für Schülerbeförderung**

Bitte legen Sie die Anlage 5 vollständig ausgefüllt vor.

## **4. Hinweise zum Datenschutz**

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Die Informationen nach Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung und nach § 67a ff Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) finden Sie sowohl im ausgehändigten Hinweisblatt als auch unter <https://www.kreis-eic.de/datenschutzerklaerung-fachaemter.html> sowie auf Anfrage in Ihrem Jobcenter.

## **5. Erklärung zur Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben**

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
zu 2

## **6. Information zu der Einverständniserklärung**

Die Einverständniserklärung ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die Entscheidung.

### **6.1 Einverständniserklärung zur Schweigepflichtentbindung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dem Leistungsanbieter (Bsp.: Verein, Musikschule, Anbieter der Mittagsverpflegung, etc.), Auskunft erteilt werden darf. Ich willige ein, dass der Leistungsanbieter und der zuständige Kostenträger (Jobcenter) die für die Entscheidung und Erbringung des Leistungsangebotes notwendigen Informationen für den Zeitraum der Bewilligung austauschen dürfen. Die Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
zu 2

## **Öffnungszeiten Servicepunkt**

Wir sind persönlich für Sie da:

Montag	08:30 Uhr – 12:00 Uhr
Dienstag	08:30 Uhr – 12:00 Uhr
Donnerstag	08:30 Uhr – 12:00 Uhr 13:30 Uhr – 17:00 Uhr
Freitag	08:30 Uhr – 12:00 Uhr

Adressen	Heilbad Heiligenstadt, Leinegasse 8 Worbis, Friedensplatz 1
----------	--

## **Telefon**

Wir sind telefonisch für Sie erreichbar:

Heilbad Heiligenstadt	03606 650 - 5400 o. 5401
Worbis	036074 650 - 5411 o. 5412

## **Postanschrift**

Landkreis Eichsfeld  
Friedensplatz 8  
37308 Heilbad Heiligenstadt

## **E-Mail**

Jobcenter@kreis-eic.de