

Interne Bemerkungen

Bitte in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

Den Antrag senden Sie bitte an:

Landkreis Eichsfeld
Sozialamt
Aegidienstraße 24
37308 Heilbad Heiligenstadt

Aktenzeichen (falls bekannt)

Eingangsvermerk der Behörde
Eingangsdatum, Handzeichen

Antrag auf Leistungen zur Bildung und Teilhabe
Gemeinschaftliches Mittagessen in der Schule/Kindertageseinrichtung
Bitte zutreffendes ankreuzen:
<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 zu Antragsteller

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Bankverbindung

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

2. Ich beantrage die Übernahme der Aufwendungen für die Teilnahme meines Kindes am gemeinschaftlichen Mittagessen. Der Antrag wird gestellt für:

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

3. Mein Kind besucht zur Zeit

- eine Kindertageseinrichtung
 eine allgemein- oder berufsbildende Schule

und nimmt am angebotenen gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

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

4. Als Nachweis für die Kosten sind beigefügt:

- Bewilligungsbescheid Nachweis zu 3.

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und werde unverzüglich alle Änderungen mitteilen, die Auswirkungen auf die Leistung haben können.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67 a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Bearbeitung von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), Wohngeldgesetz (WoGG) bzw. Bundeskindergeldgesetz (BKGG) erhoben (Bildungs- und Teilhabeleistungen).

Mit der Verarbeitung, einschließlich Übermittlung und Nutzung (§ 67 Abs. 5 und 6 SGB X) der erhobenen Daten für den o.g. Zweck bin ich einverstanden. Ich willige ferner darin ein, dass die für die Bearbeitung der Leistungen zuständigen Stellen (Jobcenter, Sozialamt, Jugendamt, Schulverwaltungsamt) Daten in Form eines Datenabgleichs austauschen dürfen. Weiterhin willige ich darin ein, dass meine Daten, zum Zweck der Abrechnung, an den Leistungsanbieter übermittelt werden dürfen. Mir ist bewusst, dass die Erteilung dieser Einwilligung freiwillig ist und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum, Unterschrift Antragsteller