

<b>Interne Bemerkungen</b>

Bitte in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

**Den Antrag senden Sie bitte an:**

Landkreis Eichsfeld  
Sozialamt  
Aegidienstraße 24  
37308 Heilbad Heiligenstadt

<b>Aktenzeichen</b> (falls bekannt)

<b>Eingangsvermerk der Behörde</b>
Eingangsdatum, Handzeichen

<h2 style="text-align: center;">Antrag</h2> <p style="text-align: center;">auf Leistungen zur Bildung und Teilhabe</p> <p style="text-align: center;"><b>soziale und kulturelle Teilhabe</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Bitte zutreffendes ankreuzen:</i></p> <p> <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  <b>(Bitte Bescheid beifügen!)</b>  <input type="checkbox"/> ohne Bescheid/geringes Einkommen </p>
---

**1. Angaben zu Antragsteller**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr	PLZ	Ort
<b>Bankverbindung</b>		
IBAN	BIC	Kreditinstitut

**2. Ich beantrage die Übernahme der Aufwendungen für soziale und kulturelle Teilhabe meines Kindes. Der Antrag wird gestellt für:**

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
vom		bis zum
Aktivität / Vereinsmitgliedschaft / Ferienfreizeit / Musikschule		Teilnahmezeitraum
Name des Leistungsanbieters / des Vereins		
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
<b>Bankverbindung</b>		
IBAN	BIC	Kreditinstitut

**3. Die Kosten hierfür betragen:**

..... Euro	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
------------	------------------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------------------

**4. Als Nachweise sind beigefügt:**

<input type="checkbox"/> Bewilligungsbescheid	<input type="checkbox"/> Teilnahmenachweis	<input type="checkbox"/> Kostennachweis/Rechnung
---	--	--

## **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***