

|                            |
|----------------------------|
| <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>        |
|   |
| <small>Eingangsdatum, Handzeichen</small> |

|  |
|--|
| <b>Antrag</b><br>auf Leistungen zur Bildung und Teilhabe                     |
| <b>Schulbeihilfe</b>   |
| <i>Bitte zutreffendes ankreuzen:</i>   |
| <input type="checkbox"/> Wohngeld  |
| <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag<br><b>(Bitte Bescheid beifügen!)</b> |
| <input type="checkbox"/> ohne Bescheid/geringes Einkommen                    |

**1. Angaben zu Antragsteller**

|                   |                |                     |
|-------------------|----------------|---------------------|
|                   |                |                     |
| <i>Name</i>       | <i>Vorname</i> | <i>Geburtsdatum</i> |
|                   |                |                     |
| <i>Straße, Nr</i> | <i>PLZ</i>     | <i>Ort</i>          |

**Bankverbindung**

|                    |            |                       |
|--------------------|------------|-----------------------|
|                    |            |                       |
| <i>Kontonummer</i> | <i>BLZ</i> | <i>Kreditinstitut</i> |

**2. Ich beantrage die Auszahlung der Schülerbeihilfe.  
Der Antrag wird gestellt für:**

|                            |                           |                     |
|----------------------------|---------------------------|---------------------|
|                            |                           |                     |
| <i>Nachname des Kindes</i> | <i>Vorname des Kindes</i> | <i>Geburtsdatum</i> |

**3. Mein Kind besucht zur Zeit folgende allgemein- oder berufsbildende Schule**

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

**4. Als Nachweis für die Kosten sind beigefügt:**

- Bewilligungsbescheid       Schulbescheinigung

**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.

|  |
|--|
|  |
| <b>Datum, Unterschrift</b><br><b>Antragsteller</b> |