

Antrag Bildung und Teilhabe		Tag der Antragstellung: _____
Bitte für jedes Kind separat ausfüllen und einreichen bei: Landratsamt Weimarer Land/Sozialamt Bahnhofstraße 28, 99510 Apolda		
Bitte reichen Sie die entsprechenden Bescheide ein.		Eingangsdatum: _____
<input type="checkbox"/> Wohngeld nach dem WoGG <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag nach dem BKGG		
Name und Vorname Sorgeberechtigte(r):		Geburtsdatum Sorgeberechtigte(r):
_____		_____
Anschrift: _____		Telefon-Nr.: _____
Bankverbindung/Name des Kreditinstituts: _____		Abweichende(r) Kontoinhaber(in): _____
IBAN: _____		BIC: _____
Name und Vorname des Kindes:		Geburtsdatum des Kindes:
_____		_____
Geschlecht des Kindes: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Das Kind besucht eine:		Name und Anschrift der Einrichtung:
<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> Kindertagespflege		_____
		Essenanbieter: _____
Leistungen für Bildung und Teilhabe (Zutreffendes ankreuzen):		
<input type="checkbox"/> Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung		
<input type="checkbox"/> Schulbedarf (Schulbescheinigung beifügen)		





Schulusflüge/mehrtägige Klassenfahrten/Kindergartenausflüge

Zeitraum: _____

Ort: _____

Gesamtkosten: _____ €

Stempel mit Anschrift der Einrichtung:

Bankverbindung der Einrichtung/
Name des Kreditinstituts:



IBAN: _____

BIC: _____

Fälligkeit der Zahlung: _____

**Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben (Verein, Freizeiten,
Unterricht in künstlerischen Fächern o. Ä.)**

1. Aktivität: _____

Zeitraum: _____

Kosten: _____ €

Name und Anschrift des Anbieters: _____

2. Aktivität: _____

Zeitraum: _____

Kosten: _____ €

Name und Anschrift des Anbieters: _____

**Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise wie z. B. Teilnahmebestätigungen,
Mitgliedbescheinigungen, Rechnungen ein.**

Nur ausfüllen lassen, wenn kein anderer Nachweis vorhanden:

Stempel mit Anschrift Anbieter:



Schülerbeförderungskosten (nach der 10. Klasse)

Name und Anschrift der Schule: _____

(Bitte legen Sie die Schulbescheinigung bei.)

Evtl. Angabe des Bildungsgangs: _____

Monatliche Kosten: _____ €

Bei Zuschuss von Dritten (zum Beispiel Schulverwaltungsamt) bitte Bescheid beifügen.

Wichtige Hinweise zum Datenschutz und Datenschutzerklärung

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), Wohngeldgesetz (WoGG) bzw. Bundeskindergeldgesetz (BKGG) erhoben. Mit der Verarbeitung, einschließlich Übermittlung sowie Nutzung (§ 67 Abs. 5 und 6 SGB X) der für die Bildungs- und Teilhabeleistungen erforderlichen Daten durch die in den o. g. Gesetzen näher bestimmten Sozialleistungsträger bin ich einverstanden. Ich willige ferner darin ein, dass die vorgenannten Stellen Daten in Form eines Datenabgleichs austauschen dürfen.

Ich willige ebenfalls ein, dass zum Zweck der Abrechnung mit dem Leistungsanbieter meine Daten zur Verarbeitung, einschließlich Übermittlung sowie Nutzung weitergegeben werden dürfen. Ich wurde darüber belehrt, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit mit Wirkung in die Zukunft widerrufen werden kann. Ich bin damit einverstanden, dass von der zuständigen Stelle für die Leistungserbringung erforderliche Daten eingeholt werden und entbinde die Ansprechpartner von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift