

Bitte senden an:

Landratsamt Wartburgkreis
Sozialamt
Erzberger Allee 14
36433 Bad Salzungen

Eingangsstempel
Aktenzeichen

Hinweis:

Bitte füllen Sie diesen Antrag in Druckbuchstaben aus und beachten Sie die Hinweise zum Ausfüllen des Antrages auf Leistungen für Bildung und Teilhabe.

Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe

- Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben -

nach § 28 SGB II, § 6b BKGG i. V. m. § 28 SGB II, § 34 SGB XII

Daten zum/zur Antragsteller/in:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Ich beziehe bzw. mein Kind bezieht folgende Sozialleistungen:	Aktenzeichen/ BG Nummer: (Bitte angeben sofern vorhanden!)
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem SGB II (Jobcenter)	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem SGB XII (Sozialamt)	
<input type="checkbox"/> Kinderzuschlag nach dem Bundeskindergeldgesetz - BKGG (Familienkasse)	
<input type="checkbox"/> Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz – WoGG (Wohngeldbehörde)	

Sollten Sie eine der o. g. Leistung beantragt haben zu denen Ihnen noch kein Bescheid vorliegt, so geben Sie bitte hinter der beantragten Leistung „beantragt“ an.

Bescheide bitte beifügen!

Wird von der Behörde ausgefüllt
Originalbescheid hat vorgelegen für den Zeitraum:
Unterschrift Sachbearbeiter:

Das Kind besucht eine allgemein- oder berufsbildende Schule Kindertageseinrichtung

Ich beantrage für das Kind (Hinweis: Für jedes Kind wird ein gesonderter Antrag benötigt.):

Name, Vorname	Geburtsdatum
Aktivitäten	Anschrift Verein/ Veranstalter
	Kosten _____ EUR <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> wiederkehrend <input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> im Halbjahr <input type="checkbox"/> im Jahr
	Kosten _____ EUR <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> wiederkehrend <input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> im Halbjahr <input type="checkbox"/> im Jahr

Eine Bestätigung des Anbieters / Vereins der Aktivität ist dem Antrag beizufügen.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Hinweis:

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67 a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erhoben und verarbeitet.

Mit einer Übermittlung der Angaben an Leistungserbringer und an die Stellen, die sie zur rechtmäßigen Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben benötigen, erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzlicher Vertreter