



ANTRAG AUF LEISTUNGEN AUS DEM BILDUNGS- UND TEILHABEPAKET

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden auf Grund der §§ 60 – 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67 a,b,c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, WoGG, BKGG und AsylbLG erhoben.

Es handelt sich um einen:

- Erstantrag**
 Folgeantrag
 Änderungsantrag

Eingangsstempel

Az.:

Stellen Sie bitte für jedes Kind einen separaten Antrag und fügen Sie diesem Antrag bitte eine Kopie des aktuellen Sozialleistungsbescheides bei.

1. Antragsteller:

Name: Vorname:

Geb.-Datum: männlich weiblich Geb.-Ort:

Straße: Hs-Nr.:

PLZ: Ort*:

Telefon:

Bankverbindung des Antragstellers:

Kontoinhaber:

Name: Vorname:

Name der Bank:

BIC: IBAN:

2. Für Kind/Schüler:

Name: Vorname:

Geb.-Datum: männlich weiblich Geb.-Ort:

Besuchte Einrichtung:

Aktenzeichen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket **40.71/**

Ich/wir erhalte/n Leistungen nach (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> dem SGB II Nr. der Bedarfsgemeinschaft: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> dem SGB XII Aktenzeichen: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> dem WoGG Aktenzeichen: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> dem BKGG Aktenzeichen: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> dem AsylbLG Aktenzeichen: | <input type="text"/> |

Ansprechpartner für Rückfragen

Front-Office

E-Mail: but-stelle@landkreismol.de

Telefon: 03346 850 6838

Fax: 03346 850 6809

Seite 1

Ich/Wir erhalte/n für u. g. Teilleistung aus dem Bildungs- und Teilhabepaket schon eine Förderung/Unterstützung von Dritten

nein ja

Wenn ja,

in welcher Höhe: € von wem:

Es werden Leistungen durch das zuständige Jugendamt im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (Heim- und Pflegekinder gem. SGB VIII) erbracht.

nein ja (Bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

3. Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich)

Hiermit beantrage/n ich/wir die Bewilligung folgender Leistungen:

- | | | |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Teilnahme an eintägigen Ausflügen | Anlage 1 |
| <input type="checkbox"/> | Teilnahme an mehrtägigen Fahrten | Anlage 1 |
| <input type="checkbox"/> | Kosten aus der Schülerbeförderung | Anlage 2 |
| <input type="checkbox"/> | Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung | Anlage 2 |
| <input type="checkbox"/> | Ausstattung mit persönlichem Schulbedarf | Anlage 2 |
| <input type="checkbox"/> | Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben | Anlage 2 |
| <input type="checkbox"/> | Ergänzende angemessene Lernförderung | Anlage 3 |

Füllen Sie bitte nur die Anlagen aus, für die Sie aktuell Leistungen beantragen wollen!

4. Änderungen

Haben sich Änderungen ergeben?

Wenn ja, bitte geben Sie an, welche und legen Sie diesem Antrag entsprechende Nachweise bei.

5. Versicherung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich/Wir versichere/n, dass meine/unsere Angaben richtig und vollständig sind. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, dem Landkreis Märkisch-Oderland jede Änderung vorstehender Angaben **unverzüglich** zu melden.

Mir/Uns ist bekannt, dass unrichtige Angaben strafrechtlich verfolgt und gewährte Zuschüsse zurückgefordert werden können.

Datum

X

Unterschrift des Schülers
(nur bei Volljährigkeit)

X

Unterschrift
der/s Antragstellers/in

Rücksendeanschrift:

Landkreis Märkisch-Oderland
Schulverwaltungs-, Kultur- und Sportamt
BuT-Stelle
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Ansprechpartner für Rückfragen

Front-Office
E-Mail: but-stelle@landkreismol.de

Telefon: 03346 850 6838
Fax: 03346 850 6809

Seite 2