Kreisverwaltung Donnersbergskreis
-Abt- SozialesUhlandstraße 2
67292 Kirchheimbolanden

| Eingangsstempel | | |
|-----------------|--|--|
| | | |
| | | |

| Bedarfsanmeldung für Leistungen aus dem Bildungs- ur | nd Teilhabepaket | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Füllen Sie diesen Vordruck bitte vollständig aus. | | | | | |
| Ich/wir beziehe/n zurzeit folgende Leistungen (bitte Zutreffendes ankreuzen und Nachweise beifügen): | | | | | |
| ☐ Arbeitslosengeld II (SGB II) ☐ Wohngeld ☐ Kinderzuschlag ☐ Asylbewerberleistungen | | | | | |
| ☐ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung/Hilfe zum I | Lebensunterhalt (SGB XII) | | | | |
| Beziehen Sie keine der o.g. Leistungen, können keine Leistungen im Rahmen von | Bildung und Teilhabe übernommen werden. | | | | |
| Sorgeberechtigte / Sorgeberechtigter | | | | | |
| | ☐ Männlich ☐ Weiblich | | | | |
| Name, Vorname | | | | | |
| Geburtsdatum Geburtsort Nationalität | Telefon für eventuelle Rückfragen | | | | |
| | | | | | |
| Adresse (PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer) | | | | | |
| IBAN + BIC | Kontoinhaber | | | | |
| Für: | | | | | |
| Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen | □ Männlich □ Weiblich | | | | |
| Geburtsdatum Geburtsort | Nationalität | | | | |
| Die/der Leistungsberechtigte besucht die ☐ allgemein-/berufsbildende | e Schule □ Kindertageseinrichtung | | | | |
| Name und Anschrift der Schule / Kindertagesstätte | | | | | |
| Folgende Leistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket w | verden beansprucht: | | | | |
| □ Für eintägige Ausflüge □ mehrtägige Klassenfahrten | | | | | |
| □ Für den persönlichen Schulbedarf | | | | | |
| □ Schülerbeförderung | | | | | |
| □ gemeinschaftliches Mittagessen | | | | | |
| (acit an Tagan in day Washa Kastan) | | | | | |
| (seit an ragen in der woche, Kosten | € pro Mahlzeit / im Monat) | | | | |

| | rstanden, dass der Träger/die Abrechnung t oder wegfällt: | şsstelle darüber i | informiert wird, wenn ein Anspruch auf |
|---------------------------------|--|--------------------|---|
| Die Daten unt Sozialgesetzbu | | ntes Buch Sozia | n aufgrund der §§ 60 – 65 Erstes Buch Ilgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen G) erhoben. |
| Ich versichere, dass | s die Angaben zutreffend sind. Die Hinweis | se zum Datensch | utz habe ich zur Kenntnis genommen. |
| Datum | Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller | – Datum | Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in |
| | | | |

-

г