



Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe hier: Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung

Füllen Sie diesen Antrag in Druckbuchstaben aus. Bitte beachten Sie die „Hinweise zum Ausfüllen des Antrages auf Leistungen für Bildung und Teilhabe“ auf der Rückseite.

Tag der Antragstellung

Eingangsstempel

Form with sections: Antragssteller (Name, Vorname, Anschrift), Anspruchsberechtigung (checkboxes for Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Kinderzuschlag, Wohngeld), and Bedarfsgemeinschaftsnummer.

Hiermit beantrage ich (für mein Kind) die Erstattung der Mehraufwendungen für die in der Schule / Kindertageseinrichtung / Kindertagespflege angebotene gemeinschaftliche Mittagsverpflegung für den Zeitraum 01.01. - 31.03.2011 nach § 77 Abs. 11 SGB II.

Form with fields: Name des Kindes, Vorname, Geburtsdatum

Das Kind besucht im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

checkbox eine Kindertageseinrichtung

Name der Kindertageseinrichtung

checkbox die Kindertagespflege

Name der Kindertagespflege

checkbox eine Schule

Name der Schule

checkbox einen Hort.

Name des Hortes

und nimmt in der Woche an \_\_\_\_\_ Tagen am gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

checkbox Der Nachweis über die Anmeldung des Kindes und der Kosten liegt bei / wird nachgereicht bis \_\_\_\_\_ .

Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto:

Name des Kreditinstitutes:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

Kontoinhaber:

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift Antragssteller



**Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe**  
hier: **Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung**

**Bestätigung des Leistungsanbieters**

Bitte lassen Sie die folgenden Felder vom Leistungsanbieter ausfüllen.

Die/ Der Leistungsberechtigte nahm an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung teil:

- vom 01.01. – 31.01.2011
- vom 01.02. – 28.02.2011
- vom 01.03. – 31.03.2011

Der Leistungsberechtigte hat für den angegebenen Zeitraum keine Zahlungen offen.

**Für Rückfragen der zuständigen Behörde:**

\_\_\_\_\_  
Name des Leistungsanbieters

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in

\_\_\_\_\_  
Telefondurchwahl

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel des Leistungsanbieters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verantwortlichen

**Wichtige Hinweise zum Datenschutz und Datenschutzerklärung**

*(Bitte mit Antrag einreichen.)*

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 für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich habe die „Hinweise zum Ausfüllen des Antrages auf Leistungen zur Bildung und Teilhabe“ zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragssteller