

Stadtverwaltung der Landeshauptstadt Potsdam Fachbereich Soziales, Gesundheit und Umwelt Bereich Soziale Leistungen 14461 Potsdam Tel. (0331) 289	Eingangsstempel
--	-----------------

Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe

1. Antragsteller und Kind Für jedes Kind einen gesonderten Antrag ausfüllen !

Name des Antragstellers	Vorname des Antragstellers	Geburtsdatum	
Anschrift des Antragstellers		Telefonnummer	
Name des Kindes	Vorname des Kindes	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum
Anschrift des Kindes			

2. Besuchte Einrichtung (Kita, Schule, Hort) Bitte Schulbescheinigung beifügen.

<input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hort	Name der Einrichtung		
Anschrift der Einrichtung			
Ansprechpartner	Telefonnummer	e-mail	
<input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hort	Name der Einrichtung		
Anschrift der Einrichtung			
Ansprechpartner	Telefonnummer	e-mail	

3. Leistungsbezug

Ich/wir beziehe/n Sozialleistungen gemäß:	
<input type="checkbox"/> SGB II <input type="checkbox"/> SGB XII <input type="checkbox"/> WoG <input type="checkbox"/> BKGG <input type="checkbox"/> AsylbLG	seit dem: _____
Zum Nachweis des Leistungsbezuges reiche ich meinen/ unseren letzten	
Bewilligungsbescheid vom _____ für den Zeitraum vom _____ bis _____ ein.	
<input type="checkbox"/> Ich/Wir beziehe/n keine der o.g. Sozialleistungen.	

4. Für das o.g. Kind werden folgende Leistungen beantragt:

<input type="checkbox"/> eintägige Ausflüge der o.g. <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Schule
Die Bestätigung der Kita / Schule für den Ausflug am _____ <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.
<input type="checkbox"/> mehrtägige Klassenfahrten der o.g. Schule
Die Bestätigung der Kita / Schule für die Fahrt vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.
<input type="checkbox"/> Persönlicher Schulbedarf (nur für Empfänger WoG, BKGG, SGB XII, AsylbLG) Das Kind besucht die _____. Klasse der o.g. Schule.
<input type="checkbox"/> angemessene und erforderliche Lernförderung Die Bescheinigung der Schule über die Erforderlichkeit mit verbaler Einschätzung der Fachlehrer <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. Letztes Zeugnis <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.
<input type="checkbox"/> Schülerfahrkosten <input type="checkbox"/> Über die Übernahme von Schülerfahrkosten wurde in der Vergangenheit bereits von anderer Stelle entschieden. <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde bewilligt.

gemeinschaftliches Mittagessen in

Kita Das o.g. Kind besucht im Zeitraum von _____ bis _____ die o.g. Kita und nimmt monatlich durchschnittlich an _____ Tagen am gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

Schule Das o.g. Kind nimmt regelmäßig an dem in der Schule angebotenen gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

Hort Das o.g. Kind nimmt von _____ bis _____ an dem im Hort angebotenen gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

Der Vertrag mit dem Caterer bzw. dem Träger der Kindertageseinrichtung
 ist beigefügt wird nachgereicht

Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben

Aktivität/ Vereinsmitgliedschaft		im Zeitraum von - bis
Name des Vereins		Anschrift des Vereins
Die Kosten hierfür betragen _____ Euro <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> im Jahr		

Bestätigung über die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben
 ist beigefügt wird nachgereicht

Die Schülerfahrkosten und der Persönliche Schulbedarf sollen wie folgt überwiesen werden:

IBAN	BIC
Kreditinstitut	Kontoinhaber

Erklärung zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass die für die Bearbeitung des Antrages zuständige Stelle die erforderlichen Daten bei der Kita bzw. der Schule einholt und entbinde die zuständige Fachkraft von der Schweigepflicht.

Der Erhebung und Speicherung meiner obigen Angaben stimme ich mit meiner Unterschrift zu. Mit der Übermittlung meiner notwendigen Daten (Namen der Eltern u. des Kindes, Jahrgangsstufe, Schule bzw. Kita) an das mit der Mittagessenversorgung beauftragte Unternehmen bin ich einverstanden. Aufgrund von Direktzahlungen an den Caterer ist Ihre Zustimmung erforderlich.

Die Zustimmung wird von mir freiwillig abgegeben. Ein Widerruf der Erklärung ist durch mich jederzeit möglich.

Datum, Unterschrift Antragsteller	Datum, Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen
-----------------------------------	---

Die von Ihnen erbetenen Angaben sind für die Entscheidung über Ihren Antrag erforderlich. Die Daten werden gemäß § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erhoben.

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen, andernfalls kann der Leistungsträger die Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagen.

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Ihre Angaben richtig und vollständig sind. Sie können damit zu einer beschleunigten Antragsbearbeitung und raschen Entscheidung beitragen.

Das Merkblatt über Leistungen zum Bildungs- und Teilhabe- Paket habe ich erhalten und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Wahrheitswidrige Angaben bzw. das Verschweigen von entscheidungserheblichen Tatsachen werden strafrechtlich verfolgt oder können nach § 63 SGB II als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld geahndet werden. Zu Unrecht empfangene Leistungen müssen zurückerstattet werden.

Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollständig erbracht habe. Änderungen, insbesondere zu meinen/ unseren Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen werde ich dem Sozialhilfeträger/ Kommunalen Träger unaufgefordert und unverzüglich mit Eintritt der Änderung mitteilen.

Datum, Unterschrift Antragsteller	Datum, Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen
-----------------------------------	---