

# Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe n. § 34 ff SGB XII od. AsylbLG

Füllen Sie diesen Antrag bitte in Druckbuchstaben aus..

An den  
Landkreis Hameln-Pyrmont  
Sozialamt, FD 31  
Süntelstraße 9  
31785 Hameln

<b>Antragsteller/-in</b> Name und Vorname der Mutter oder des Vaters	
<b>Anschrift</b> Ort, Straße und Haus-Nr.:	
<b>Telefon-Nr. für eventuelle Rückfragen</b>	
<b>Name des Kindes, für das Leistungen beantragt wird (bitte je Kind einen eigenen Antrag stellen)</b>	
<b>Geburtsdatum des Kindes</b>	
<b>Kindergarten / Schule</b> Bezeichnung des besuchten Kindergartens bzw. der besuchten Schule einschließlich der Klasse/der Jahrgangsstufe/des Ausbildungsgangs <b>Ein Wechsel ist unverzüglich mitzuteilen!</b>	
<b>Ich bzw. mein Kind beziehen derzeit folgende Leistung(en)</b>	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Asylbewerber-Leistungsgesetz

Ich beantrage ab \_\_\_\_\_ folgende Leistung:

<b>Zuschuss zur gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in der o. g.</b> <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kindertageseinrichtung <b>Die Teilnahme erfolgt:</b> <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> durchschnittlich an _____ Tag(en) in der Woche
--

**Hinweise:**

- Bitte bestätigen Sie durch Ankreuzen, wie oft am Angebot des gemeinschaftlichen Mittagessens teilgenommen wird. Die Angaben sind erforderlich, damit der Bedarf berechnet werden kann.
- Bitte beachten Sie: Pro Tag der Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen ist ein Eigenanteil in Höhe von 1,00 Euro selbst zu erbringen (Kosten der Haushaltsersparnis).
- Die Leistung wird regelmäßig in Form eines Gutscheins erbracht.
- Hinweis zur Mitwirkungspflicht: Sie sind verpflichtet Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen unverzüglich nach hier mitzuteilen! Dies gilt insbesondere, wenn die hier beantragte Leistung nicht mehr in Anspruch genommen wird.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.</li> <li>• Ich bin damit einverstanden, dass eine Kopie des Gutscheines / der Kostenübernahmeerklärung direkt an den Leistungsanbieter übersandt wird (falls nicht gewünscht, bitte streichen!).</li> </ul>			
Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/ Antragsteller	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters Antragstellerinnen/Antragsteller