

Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 6b ff BKGG

Füllen Sie diesen Antrag bitte in Druckbuchstaben aus..

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

Antragsteller/-in Name und Vorname der Mutter oder des Vaters	
Anschrift Ort, Straße und Haus-Nr.:	
Telefon-Nr. für eventuelle Rückfragen	
Name des Kindes, für das Leistungen beantragt wird (bitte je Kind einen eigenen Antrag stellen)	
Geburtsdatum des Kindes	
Bankverbindung	Kontonummer:
	Bankleitzahl:
	Kreditinstitut:
	Kontoinhaber:
Kindergarten / Schule Bezeichnung des besuchten Kindergartens bzw. der besuchten Schule einschließlich der Klasse/der Jahrgangsstufe/des Ausbildungsgangs Ein Wechsel ist unverzüglich mitzuteilen!	
Ich bzw. mein Kind beziehen derzeit folgende Leistung(en)	<input type="checkbox"/> Kindergeld <u>und</u> Wohngeld (bitte Bescheide beifügen) <input type="checkbox"/> Kindergeld <u>und</u> Kinderzuschlag (bitte Bescheide beifügen)

Ich beantrage ab _____ folgende Leistung:

Zuschuss zur gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in der o. g. <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kindertageseinrichtung Die Teilnahme erfolgt: <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"> • Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. • Ich bin damit einverstanden, dass eine Kopie des Gutscheines / der Kostenübernahmeerklärung direkt an den Leistungsanbieter übersandt wird (falls nicht gewünscht, bitte streichen!). 			
Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/ Antragsteller	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters Antragstellerinnen/Antragsteller