

Antragsdatum: _____

**Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe
für gemeinschaftliches Mittagessen**

_____, geb. _____
Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers

_____, 930__ Regensburg, Tel. Nr: _____
Straße, Hausnummer

- Ich beziehe derzeit
- SGB-II-Leistungen
 - Grundsicherung
 - Wohngeld
 - Kinderzuschlag
 - Leistungen nach dem AsylbLG / Sonstiges

Bitte jeweils den aktuellen Bescheid beifügen!

Hiermit beantrage ich Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 28 SGB II / § 34 SGB XII / § 6 b BKGG / § 2 AsylbLG für

Name des Kindes/des Schülers/der Schülerin Vorname Geburtsdatum

(Name der Kindertageseinrichtung/Schule) Klasse: _____

(Anschrift der Schule/Einrichtung)

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungen vom Amt für Jugend und Familie direkt an den Anbieter überwiesen werden und dieser einen Bescheidabdruck erhält.

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
bei minderjährigen Antragsteller/innen

Hinweis zum Sozialgeheimnis:

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67 a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II, BKGG und SGB XII erhoben.

Bestätigung der Schule/Kindertageseinrichtung auf der Rückseite erforderlich.

**Bestätigung der Schule/Kindertageseinrichtung
Schuljahr 2023/24**

Das Kind / die Schülerin / der Schüler

Name des Kindes/des Schülers/der Schülerin

Vorname

Geburtsdatum

ist an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung angemeldet und nimmt ab _____
in der Regel an _____ Tagen in der Woche daran teil.

Kosten des Mittagessen: pro Tag _____ €
 pro Monat _____ €

Die Leistung zum Mittagessen ist auf folgendes Konto zu überweisen:

(Name/Anschrift d. Kontoinhabers) Schulförderverein Sallerner Berg e.V. , Hunsrückstr. 55, 93057 Regensburg

BLZ: 750 500 00 Konto-Nr.: 264 908 39 Name der Bank: Sparkasse Regensburg

IBAN: DE 57 7505 0000 0026 4908 39 BIC: BYLADEM1RBG

Hinweis: Überweisungen sind ausschließlich auf das Konto der Tageseinrichtung, Schule oder des Leistungsanbieters möglich.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an folgende/n Ansprechpartner/in:

Herr/Frau Bianca Schneider

Telefon-Nr. 0176 – 30746894

Rgbg, _____
Ort, Datum

Stempel der Schule/Kindertageseinrichtung

Unterschrift