

Landratsamt Nürnberger Land
 SG 41.1 – Bildung und Teilhabe
 Waldluststr. 1
 91207 Lauf a. d. Pegnitz

Eingangsstempel:

1. Persönliche Verhältnisse der Antragstellerin / des Antragstellers

Name:	Geburtsdatum und -ort:
Vorname:	Telefonnummer (freiwillig):
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit:
Anschrift: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	

2. Bildungs- und Teilhabeleistungen werden beantragt für:

- meine Tochter meinen Sohn für mich selbst (weiter mit 3.)

Name:	Geburtsdatum und -ort:
Vorname:	Staatsangehörigkeit:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Anschrift: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	

3. Anspruchsgrundlage:

Die unter 2. angegebene Person bezieht folgende Sozialleistungen (Kopie des Bescheides liegt bei):		Bewilligungszeitraum des Bewilligungsbescheides:	Bescheid-datum:
<input type="checkbox"/> SGB II	BG-Nr.:		
<input type="checkbox"/> SGB XII	Aktenzeichen:		
<input type="checkbox"/> Wohngeld	Wohngeldnummer:		
<input type="checkbox"/> Kinderzuschlag	Kindergeldnummer:		
<input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz	Aktenzeichen:		

4. Leistungsumfang:

Es werden für die unter 2. genannte Person folgende Leistungen beantragt bzw. geltend gemacht:

<input type="checkbox"/> zur Lernförderung (bitte Anlage 1 ausfüllen)
<input type="checkbox"/> für eintägige/mehrtägige Ausflüge der Schule/Kindertageseinrichtung (bitte Anlage 2 ausfüllen)
<input type="checkbox"/> zur Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben (Aktivitäten in Vereinen, Musikunterricht, Freizeiten o. ä.)
<input type="checkbox"/> für Ausstattung mit persönlichem Schulbedarf (zu Beginn eines Schulhalbjahres)
<input type="checkbox"/> für gemeinschaftliches Mittagessen in der Schule oder Kindertageseinrichtungen

5. Sonstige Angaben:

Die unter 2. genannte Person besucht im Leistungszeitraum	<input type="checkbox"/> eine allgemein- oder berufsbildende Schule <input type="checkbox"/> eine Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> sonstige Einrichtung und zwar:
Name der Schule bzw. Einrichtung (Anschrift und ggf. Angabe eines Ansprechpartners):	
Die unter 2. genannte Person erhält eine Ausbildungsvergütung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

6. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte auf folgende Bankverbindung zu überweisen:

IBAN	
Kontoinhaber	
BIC	Kreditinstitut

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 SGB I). Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden die in diesem Antragsformular samt Anlagen abgefragten Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen und die geforderten Nachweise beizulegen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch die Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters zu bestätigen. Die Datenerhebung und -verarbeitung erfolgt gem. §§ 35, 60 ff SGB I i. V. m. §§ 67 ff SGB X. Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO finden Sie unter: www.nuernberger-land.de/datenschutz oder in Papierform bei dem/der zuständigen Sachbearbeiter/in.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben in diesem Antrag und den beigelegten Anlagen voll der Wahrheit entsprechen und dass nichts Wesentliches verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch falsche oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich bestätigte ausdrücklich darüber unterrichtet worden zu sein,

- dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind (insbesondere der Einkommens-, Familien-, Vermögens- sowie Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Wohnortwechsel und Entfall des Sozialleistungsbezuges) unverzüglich und aufgefordert mitzuteilen habe,
- dass meine Auskünfte teilweise mit Angaben, die gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht wurden, abgeglichen werden.

Hiermit ermächtige ich den Leistungsträger – soweit für die Hilfestellung erforderlich – Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte, einzusehen.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers / gesetzl. Vertreter(in)	Unterschrift Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
------------	--	---