



E-Mail: sozialamt@havelland.de Fax: 03385-551/32494

Leistungen für Bildung und Teilhabe	Eingangsdatum (Stempel)
--	--------------------------------

1. Anspruchsberechtigte(r)/ gesetzliche(r) Vertreter(in)

Familiename	
Vorname (n)	
Geburtsdatum	
Wohnadresse (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
IBAN	
BIC	
Name und Sitz der Bank	

2. Leistungsberechtigte(r)/ (Kind/Jugendlicher der die Leistungen in Anspruch nimmt)

Familiename		
Vorname (n)		
Geburtsdatum		
Welche Einrichtung besucht das Kind/Jugendliche? <input type="checkbox"/> Kindertagespflege <input type="checkbox"/> allgemeine Schule <input type="checkbox"/> berufsbildende Schule		Klassenstufe:
Name und Anschrift der Einrichtung		

3. Folgende Leistung nach § 34 SGB XII wird beantragt: **Bitte als Anlage beifügen bzw. ergänzen**

<input type="checkbox"/> für eintägige Ausflüge der Schule/ Kindertageseinrichtung	Bestätigung der Schule/Kindertageseinrichtung
<input type="checkbox"/> für mehrtägige Klassenfahrten	Bestätigung der Schule über Art, Dauer und Kosten der Klassenfahrt

<input type="checkbox"/> zur Schülerbeförderung in die nächstgelegene Schule	monatl. Kosten für den Schulweg: _____ € monatl. Zuschuss von Dritten (z.B. vom Kreis oder Land) zu den Beförderungskosten: _____ €
<input type="checkbox"/> für eine ergänzende angemessene Lernförderung	Nachweis über zu zahlenden Eigenanteil an den Fahrkosten (Bescheid/Rechnung usw.) Es werden bereits Leistungen durch das Jugendamt im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe erbracht (§ 35 a Achten Sozialgesetzbuch – SGB VIII)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein "Lernförderbedarf" von der Schule
<input type="checkbox"/> für gemeinschaftliches Mittagessen in der Schule oder Kindertageseinrichtung	Das Kind/Jugendlicher nimmt: <input type="checkbox"/> nimmt regelmäßig am gemeinschaftlichen <u>Schulessen</u> teil <input type="checkbox"/> besucht die Kindertagesstätte vom _____ bis _____ und nimmt dort an ____ Tagen/Monat am Mittagessen teil.
<input type="checkbox"/> zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben - Aktivitäten in Vereinen, Musikunterricht, Freizeiten, o. ä.	Name der Aktivität: _____ Teilnahme von _____ bis _____ Name/Anschrift des Leistungsanbieters/Vereins _____ _____ Kosten: _____ € /Monat Nachweis der Kosten
<input type="checkbox"/> für die Ausstattung persönlichen Schulbedarf gem. § 34 Abs. 3 SGB XII	

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig ausgefüllt habe.

Ich erkläre, dass meine Daten vom Landkreis Havelland (Sozialamt) zur Aufgabenerfüllung meines Anliegens unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Meine Einwilligung in die Datenverarbeitung erfolgt auf freiwilliger Basis. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Datenverarbeitung verweigern kann und mir dadurch keine rechtlichen Nachteile entstehen. Ferner habe ich das Recht meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf wird davon nicht berührt. Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den genannten Zwecken ein.

_____ Ort/Datum	_____ Anspruchsberechtigter (gesetzliche Vertreter)
------------------------	---