

Antrag auf Zuschuss zu einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung nach dem SGB II/XII

Füllen Sie diesen Antrag bitte (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus.

Landkreis Aurich
-Sozialamt-
Fräuleinshof 3
26506 Norden

Eingangsstempel:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Antrag gem. § 28 (6) SGB II |
| <input type="checkbox"/> Antrag gem. § 34 (6) SGB XII |
| <input type="checkbox"/> Antrag gem. § 2 AsylbLG i.V.m. § 34 (6) SGB XII |
| <input type="checkbox"/> Antrag gem. § 6b (1) S.1, Nr.1 BKGG (Kinderzuschlag) |
| <input type="checkbox"/> Antrag gem. § 6b (1) S.1, Nr.2 BKGG (Wohngeld) |

Bei Bezug von Kinderzuschlag bzw. Wohngeld von der Stadt Aurich:
Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beilegen

Angaben zum Erziehungsberechtigten bzw. zum volljährigen Antragsteller:

BG-Nr. bzw. Az: _____

Vorname u. Name: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

A. Für folgende Person

_____ (Nachname) _____ (Vorname) _____ (Geburtsdatum)

werden Leistungen für **gemeinschaftliches Mittagessen in der Schule oder Kindertageseinrichtung/Kinderhort** nach § 28 (6) SGB II / § 34 (6) SGB XII beantragt.
(Bitte machen Sie ergänzende Angaben unter **B.**)

B. Die unter „A.“ genannte Person besucht

eine allgemein- oder berufsbildende Schule: _____
(Name der Schule)

_____ (Anschrift der Schule)

Besuch der Schulklasse: _____
(Klassenbezeichnung)

eine Kindertageseinrichtung: _____
(Name der Einrichtung)

_____ (Anschrift der Einrichtung)

Pflichtenbelehrung:

Jede Veränderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen ist der antragsbearbeitenden Stelle unverzüglich mitzuteilen. Zuwiderhandlungen können im Rahmen eines Ordnungswidrigkeit- oder Strafverfahrens geahndet werden.

Erklärung:

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass die erhobenen Daten zum Zwecke der Abrechnung an die beteiligten Stellen nach weitergeleitet werden. Weiter erkläre ich mich einverstanden, dass Daten, die zur Antragsbearbeitung notwendig sind, bei anderen Sozialleistungsträgern/-stellen angefordert und von dort auch herausgegeben werden dürfen. Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung notwendigen Daten bin ich einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/
Antragsteller (volljährig)

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der /des
minderjährigen Antragstellerinnen/Antragstellers

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