

**Sozialamt**

**Bahnhofstraße 28  
99510 Apolda**

PF 1354  
99503 Apolda

Telefon: 03644-540741  
Telefax: 03644-540850  
post.sozialamt@weimarerland.de

Name der entgegennehmenden Stelle  Landratsamt Weimarer Land Sozialamt Bahnhofstraße 28 99510 Apolda
---

**Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe**

hier: Lernförderung

Tag der Antragstellung:

Eingangsdatum:

**Antragsteller**

Bitte füllen Sie die folgenden Felder sorgfältig aus.

Name:

Vorname:

Anschrift:

**Anspruchsberechtigung**

Arbeitslosengeld II (SGB II)

Sozialhilfe (SGB XII)

Kinderzuschlag (BKGG)

Wohngeld

§ 2 und 3 Asylbewerberleistungsgesetz  
(AsylbLG)

**Bitte Bescheid in Kopie beifügen.**

Hiermit beantrage ich (für mein Kind) die Übernahme der Kosten für eine ergänzende angemessene Lernförderung.

Ich bin damit einverstanden, dass von der zuständigen Stelle für die Leistungserbringung erforderliche Daten von der Schule eingeholt werden und entbinde die Lehrerin/den Lehrer von der Schweigepflicht. Die Zustimmung wird freiwillig abgegeben. Ein Widerruf der Erklärung ist jederzeit möglich.

Es werden Leistungen durch das zuständige Jugendamt im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe erbracht (§ 35 a SGB VIII):                    ja                    nein

Name des Kindes

Vorname

Geburtsdatum

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Antragsteller



**Bankverbindungen:**

Sparkasse Mittelthüringen  
IBAN: DE03 8205 1000 0501 0039 16  
BIC: HELADEF1WEM

VR Bank Weimar eG  
IBAN: DE70 8206 4188 0002 1011 57  
BIC: GENODEF1WE1

**Elektronischer Zahlungsverkehr:**

E-Mail (PDF): rechnung@wvl.thueringen.de  
E-Rechnung (xml): <https://xrechnung-bdr.de>  
Leitweg-ID 16071000-0001-82

**Bestätigung der Schule**

Bitte lassen Sie die folgenden Felder vom Fach- bzw. Klassenlehrer ausfüllen.  
Notendurchschnitt bzw. Zeugnis einreichen.

Für die o. g. Schülerin/den o. g. Schüler wird Lernförderung für (z. B. Unterrichtsfach/Unterrichtsfächer)

in der Klassenstufe                      für einen Förderzeitraum von                      bis

in einem Umfang von                      Stunden pro Woche empfohlen.

**Bitte zutreffende Sachverhalte ankreuzen:**

ja             nein      Es wird bestätigt, dass ergänzende angemessene Lernförderung geeignet und zusätzlich erforderlich ist, um die nach den schulrechtlichen Bestimmungen festgelegten wesentlichen Lernziele zu erreichen.

Erforderlichkeit und Ziel der Lernförderung ausführlich begründen:

ja             nein      Die Leistungsschwäche ist auf unentschuldigte Fehlzeiten oder anhaltendes Fehlverhalten zurückzuführen.

ja             nein      Die individuelle schulische Lernförderung wurde ausgeschöpft.

**Für Rückfragen:**

Ansprechpartner/in ist Frau/Herr

Telefondurchwahl:

Stempel der Schule

Ort/Datum

Unterschrift der Schulleiterin/des Schulleiters

**Wichtige Hinweise zum Datenschutz und Datenschutzerklärung**

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), Wohngeldgesetz (WoGG) bzw. Bundeskindergeldgesetz (BKGG) erhoben. Mit der Verarbeitung, einschließlich Übermittlung sowie Nutzung (§ 67 Abs. 5 und 6 SGB X) der für die Bildungs- und Teilhabeleistungen erforderlichen Daten durch die in den o. g. Gesetzen näher bestimmten Sozialleistungsträger bin ich einverstanden. Ich willige ferner darin ein, dass die vorgenannten Stellen Daten in Form eines Datenabgleichs austauschen dürfen.

Ich willige ebenfalls ein, dass zum Zweck der Abrechnung mit dem Leistungsanbieter meine Daten zur Verarbeitung, einschließlich Übermittlung sowie Nutzung weitergegeben werden dürfen. Ich wurde darüber belehrt, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit mit Wirkung in die Zukunft widerrufen werden kann. Ich bin damit einverstanden, dass von der zuständigen Stelle für die Leistungserbringung erforderliche Daten eingeholt werden und entbinde die Ansprechpartner von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Antragsteller