

Sozialamt

**Bahnhofstraße 28
99510 Apolda**

PF 1354
99503 Apolda

Telefon: 03644 540-741
Telefax: 03644 540-850
post.sozialamt@weimarerland.de

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

Leistungen für Bildung und Teilhabe (Bitte für jedes Kind separat ausfüllen und einreichen!)

Bitte reichen Sie den entsprechenden Bescheid ein.

Leistungen nach dem SGB II (Bürgergeld)

Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe)

Leistungen nach dem AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz)

Name und Vorname Sorgeberechtigte(r):

Nationalität:

Geburtsdatum Sorgeberechtigte(r):

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Bankverbindung/Name des Kreditinstituts:

Abweichende(r) Kontoinhaber(in):

IBAN:

BIC:

Name und Vorname des Kindes:

Nationalität:

Geburtsdatum des Kindes:

Geschlecht des Kindes:

weiblich

männlich

Das Kind besucht eine:

Name und Anschrift der Einrichtung:

Schule Klasse:

Kindertageseinrichtung

Kindertagespflege

Essenanbieter:



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

Leistungen für Bildung und Teilhabe (Zutreffendes ankreuzen):

Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung ab:

Schulbedarf (Schulbescheinigung beifügen)

Schulausflüge/mehrtägige Klassenfahrten/Kindergartenausflüge

Zeitraum:

Ort:

Gesamtkosten:

Stempel mit Anschrift der Einrichtung:

Bankverbindung der Einrichtung/
Name des Kreditinstituts:



IBAN:

BIC:

Fälligkeit der Zahlung:

Ansprechpartner:

Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben

(Verein, Freizeiten, Unterricht in künstlerischen Fächern o. Ä.)

1. Aktivität:

Zeitraum:

Kosten:

Name und Anschrift des Anbieters:

2. Aktivität:

Zeitraum:

Kosten:

Name und Anschrift des Anbieters:

**Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise wie z. B. Teilnahmebestätigungen,
Mitgliedsbescheinigungen, Rechnungen ein.**

Nur ausfüllen lassen, wenn kein anderer Nachweis vorhanden:

Stempel mit Anschrift Anbieter:



Schülerbeförderungskosten (nach der 10. Klasse)

Name und Anschrift der Schule:

(Bitte legen Sie die Schulbescheinigung bei.)

Evtl. Angabe des Bildungsgangs:

Monatliche Kosten:

Bei Zuschuss von Dritten (zum Beispiel Schulverwaltungsamt) bitte Bescheid beifügen.

Ort

Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz

Im Rahmen der Antragstellung müssen personenbezogene Daten nach den gesetzlichen Vorgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Bitte informieren Sie sich unter:

<https://www.weimarerland.de/de/datenschutz-bildungundteilhabe.html>

Die von Ihnen angegebenen Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis und werden auf Grundlage der §§ 60 und 65 SGB I sowie §§ 67a–c SGB X erhoben, um Leistungen gemäß SGB II, SGB XII, dem Wohngeldgesetz (WoGG) und dem Bundeskindergeldgesetz (BKGG) zu erbringen.

Ort

Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung dieser Daten (§ 67 Abs. 5 und 6 SGB X) durch die in den genannten Gesetzen festgelegten Sozialleistungsträger, soweit dies für die Bildungs- und Teilhabeleistungen erforderlich ist. Außerdem stimme ich zu, dass die genannten Stellen die Daten zum Zweck des Datenabgleichs austauschen dürfen.

Weiterhin stimme ich zu, dass die zuständige Stelle erforderliche Daten zur Leistungserbringung einholen darf und entbinde die entsprechenden Ansprechpartner von der Schweigepflicht. Für die Abrechnung mit dem Leistungsanbieter willige ich ebenfalls ein, dass meine Daten verarbeitet, übermittelt und genutzt werden dürfen.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich keine Nachteile habe, wenn ich meine Zustimmung nicht gebe. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei o.g. Stelle widerrufen.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter
<https://www.weimarerland.de/de/datenschutz-bildungundteilhabe.html>
oder über den nachfolgenden QR-Code:



Ort

Datum

Unterschrift