LANDRATSAMT

QUELLENLAND SCHWARZWALD BAAR KREIS

Grunddaten zum Bildungspaket im Schwarzwald-Baar-Kreis

Mein/e Kind/er ist/sind Empfänger von ☐ Sozialhilfe (SGB XII) ☐ Leistungen nach § 2 u. 3 AsylbLG

aktuellen Bescheid bitte beifügen

☐ Herr ☐ Frau

Name, Vorname: _____
(Erziehungsberechtigte/r)

geboren am: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Aktenzeichen:

Eingangsdatum:

Name, Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____ ☐ männlich ☐ weiblich, Staatsangehörigkeit: _____

Schuljahr: 20____ / 20____ Schule/Klasse: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____ ☐ männlich ☐ weiblich, Staatsangehörigkeit: _____

Schuljahr: 20____ / 20____ Schule/Klasse: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____ ☐ männlich ☐ weiblich, Staatsangehörigkeit: _____

Schuljahr: 20____ / 20____ Schule/Klasse: _____

Wichtige Hinweise: Die Leistungen des Bildungspakets nach § 34 Abs. 2 – 4 und 6 – 7 SGB XII (Schul-/Kita-Ausflüge, mehrtägige Klassenfahrten, Schulbedarf, Schülerbeförderungskosten, gemeinschaftliches Mittagessen sowie Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben) sind bereits vom Grundantrag SGB XII/AsylbLG umfasst. Die o.g. Bildungs- und Teilhabeleistungen wirken auf den Beginn des aktuellen Bewilligungszeitraums zurück. Für den Abruf der einzelnen Leistungen sind entsprechende Nachweise (z.B. von der Schule, vom Anbieter, Rechnungen, Kontoauszug, Fahrkarten) einzureichen. Lediglich die Leistung für die Lernförderung muss gesondert beantragt werden. Dieser Antrag wirkt auf den Ersten des Monats der Antragsstellung zurück.

Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt evtl. weitere erforderliche Daten bei der Schule/Einrichtung bzw. dem Anbieter/Verein einholt und entbinde die in der Schule/Einrichtung bzw. dem Anbieter/Verein verantwortlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von der Schweigepflicht. Einer Direktzahlung an die Einrichtung/Abrechnungsstelle wird zugestimmt. Die Zustimmung wird freiwillig abgegeben. Ein Widerruf der Erklärung ist jederzeit möglich.

Die Leistung/en soll/en auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Datenschutz: Hiermit ermächtige ich das Sozialamt, die zur Abwicklung der Leistungserbringung erforderlichen Daten an Leistungsanbieter zu übermitteln und erforderlichenfalls notwendige Daten zu erheben. Die ergänzenden Datenschutzhinweise aufgrund der DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Einwilligung kann für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Ich bestätige die Richtigkeit vorstehender Angaben:

Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r bzw. gesetzlicher Vertreter/in