

**Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe**  
**- Übernahme der Mehraufwendungen für die Teilhabe an einer**  
**gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in einer Schule oder einer**  
**Kindertageseinrichtung (KiTa) -**



**Angaben zum Erziehungsberechtigten bzw. zum volljährigen Antragsteller**

**Vor- und Nachname**

**Anschrift** (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

**tagsüber erreichbar**

**E-Mail**

**Angaben zum Leistungsberechtigten**

**Ich/Wir erhalte/n zur Zeit folgende Leistungen:** (Kopie des jeweiligen aktuellen Leistungsbescheid bitte beifügen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SGB II (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)         | <input type="checkbox"/> Wohngeld       |
| <input type="checkbox"/> SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt/Sozialhilfe) | <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag |
| <input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz i. V. m. SGB XII    |   |

**Nummer der Bedarfsgemeinschaft bzw. Aktenzeichen**

**persönliche Daten meines Kindes, für das die o. g. Leistung beantragt wird** (je Kind einen Antrag stellen)

**Vor- und Nachname**

**Geburtsdatum**

Mein Kind nimmt ab/seit dem \_\_\_\_\_ an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung

- als Schülerin/Schüler in einer allgemein- oder berufsbildenden Schule  
 als Schülerin/Schüler in einem Hort  
 als Kind in einer Kindertageseinrichtung oder in einer Tagespflege. Schuleintritt ist voraussichtlich zum \_\_\_\_\_ teil.

**Bezeichnung Schule/Hort/Kindertageseinrichtung/Tagespflege**

**Klasse/Gruppe**

**Anschrift** (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Hiermit beantrage ich bis auf Weiteres die Übernahme der Mehraufwendungen für die Teilnahme meines Kindes an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in der Schule/KiTa.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kreisverwaltung Mayen-Koblenz die Schule/KiTa von meiner Anspruchsberechtigung unterrichtet, um die Mehraufwendungen unmittelbar mit der Schule/KiTa oder des Anbieters abrechnen zu können.

Des Weiteren bestätige ich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Bei unrichtigen Angaben können die Leistungen zurückgefordert werden. Die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r bzw. volljähriger Antragsteller)

**Hinweis:** Die Daten unterliegen dem Sozialdatenschutz. Ihre Angaben werden aufgrund §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 67a bis 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nur für die oben genannten Leistungen erhoben. Der Antragsteller ist damit einverstanden, dass der Empfänger der Direktzahlung eine Ausfertigung des Bescheides/Kosten-übernahmeerklärung erhält.