

Jobcenter Elbe-Elster
738 – BuT
Friedrich-Engels-Str. 46
03238 Finsterwalde



Nachweis – Leistungen für Bildung und Teilhabe Mittagsverpflegung/Schulbedarf

Name, Vorname:

(der Antragstellerin/des Antragstellers)

Anschrift:

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Wohnort)

**Name des Kindes, für das
Leistungen beantragt werden:**

(bitte für jedes Kind einen Nachweis ausfüllen)

Geburtsdatum des Kindes:

Bedarfsgemeinschaftsnummer:

Nachweis für folgende Leistung

Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung

- in folgender Schule

- in folgender Kindertagesstätte

Die Kostenübernahmeerklärung soll gesandt werden an den:

Leistungsanbieter

Antragsteller

Die Abrechnung soll erfolgen mit dem

Leistungsanbieter

Antragsteller

Schulbedarf

(Bitte fügen Sie eine Schulbescheinigung Ihres Kindes bei!

Bei Einschulung des Kindes ist der Aufnahmebescheid der Schule erforderlich!)

Der Zuschuss für Mittagsverpflegung für Schüler und Schülerinnen gilt nur für während der Schulzeit eingenommene Mahlzeiten. Die Mittagsverpflegung in der Ferienzeit wird nicht bewilligt.

Von der Schule/der Kindertagesstätte auszufüllen:

Das o. g. Kind / die Schülerin / der Schüler nimmt an der Gemeinschaftsverpflegung in unserer Einrichtung teil. Unsere Einrichtung wird von der Firma

Name des Caterers

Anschrift des Caterers

versorgt.

Die Kosten für eine Portion der Mittagsverpflegung (ohne Getränke) betragen _____ €/Tag.

oder

Die Kosten der monatlichen Pauschale betragen _____ €/Tag.

Die Kassierung erfolgt:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> täglich | | (Zutreffendes bitte ankreuzen) |
| <input type="radio"/> wöchentlich | <input type="radio"/> im Voraus | <input type="radio"/> nachträglich |
| <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> im Voraus | <input type="radio"/> nachträglich |

Stempel und Unterschrift der Einrichtung

Ihre Bankverbindung für eventuelle Erstattungen:

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort /Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreter/in minderjähriger
Antragsteller/innen

Hinweis:

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden auf Grund der §§ 60 – 65 SGB I und der §§ 67 a, b, c SGB X für die Leistungen nach SGB II und SGB XII erhoben.

[Geben Sie Text ein]