Landratsamt Garmisch-Partenkirchen
Olympiastraße 10
82467 Garmisch-Partenkirchen
Telefon: 08821 / 751-1
Fax: 08821 / 751-8384
E-Mail: Sozialamt@LRA-GAP.de

Aktivitäten in Vereinen, Musikschule und Freizeiten o. ä.

Antrag im Rahmen der Bewilligung von Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB II, § 34 Abs. 2 SGB XII und § 6b Abs. 2 BKGG („Bildungs- und Teilhabeleistungen“)

Von der Antragstellerin / vom Antragsteller auszufüllen

Angaben zum Antragsteller/Antragstellerin (Mutter oder Vater bzw. Vormund): *Wohngeld-Nr.* _____

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße / Haus - Nr.	PLZ/ Wohnort	Telefon/mobil

Angaben zum Leistungsberechtigten (Kind, Schülerin, Schüler):

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Teilnahme an folgender Aktivität:

_____
z. B. Mitgliedschaft im Verein in den Bereichen Sport, Spiel, Kultur und Geselligkeit, Unterricht in künstlerischen Fächern (z. B. Musikunterricht) und vergleichbare angeleitete Aktivitäten der kulturellen Bildung

Ich bin damit einverstanden, dass der Landkreis Garmisch-Partenkirchen gegebenenfalls weitere erforderliche Daten beim entsprechenden Leistungsanbieter einholt und entbinde diesen von der Schweigepflicht.
Die Zustimmung wird freiwillig abgegeben. Ein Widerruf der Erklärung ist jederzeit möglich.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der/des Leistungsberechtigten

Vom Leistungsanbieter auszufüllen

o. g. Kind nimmt seit/ab _____regelmäßig an folgender Aktivität teil: _____

Anbieter der Leistung _____

Die Teilnahme an der Aktivität erfolgt: am/vom _____ bis _____

Die Kosten betragen:

☐ _____€ monatlich ☐ _____ € pro Teilnahme ☐_____€ ___ x jährlich ☐ lt. Rechnungsstellung

☐ Bei Krankheit/ Urlaub/ Schulferien ist kein Beitrag zu zahlen.

Im Monat/ In den Monaten _____ ist aufgrund von Ferien / Schließzeiten
☐ keine Gebühr zu zahlen
☐ ermäßigt sich die Gebühr auf _____

Bankverbindung des Anbieters für Überweisung der Kosten:

Kreditinstitut : _____Verwendungszweck: _____

IBAN: |__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__|

Kontoinhaber: _____

Für Rückfragen _____ Ansprechpartner/in (Frau/Herr)	_____ Telefon – Durchwahl	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des Anbieters	Stempel des Anbieters