

Empfänger:

Landratsamt Schmalkalden-Meiningen
- BuT / Servicestelle -
Obertshäuser Platz 1
98617 Meiningen

Gemeinschaftliches Mittagessen in der Schule oder Kindertageseinrichtung

I. Antragsteller / in:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

(tagsüber erreichbar unter Tel.: _____) ¹

Die / Der Antragsteller / in bezieht folgende Leistungen:

Arbeitslosengeld II

Leistungen nach dem SGB XII

Bankverbindung des Antragstellers:

Zahlungsempfänger: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

II. Persönliche Daten zum leistungsberechtigten Kind:

Pflegekind ² ja

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

Vorgenanntes Kind besucht

eine allgemein- / berufsbildende Schule

eine Kindertageseinrichtung

(Name der Schule / Einrichtung, Anschrift der Schule / Einrichtung)

III. Pauschal beantragte Leistungen für Bildung und Teilhabe:

Aufwendungen für gemeinschaftliches Mittagessen in der Schule oder Kindertageseinrichtung

Das Kind nimmt in der Schule seit dem _____ regelmäßig an der Mittagsverpflegung teil.

Name der Schule: _____

Das Kind besucht in der Zeit seit dem _____ bis vsl. _____ eine Kindertageseinrichtung
und nimmt seit dem _____ am gemeinsamen Mittagessen teil.

Name der Einrichtung: _____

¹ Freiwillige Angabe.

² Wenn zutreffend, dann bitte vom Antragsteller ankreuzen.

Mir sind Kosten durch Vorauszahlungen in Höhe von ____ € entstanden.

Die Kosten setzen sich wie folgt zusammen:

Monat	Anzahl Tage	Portionspreis in EUR

Bei Bewilligung der Leistung ist der Betrag zu zahlen an:³

Zahlungsempfänger:

IBAN:

BIC:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die bewilligten Leistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket direkt an den zuständigen Leistungsanbieter überwiesen werden. Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Die nachstehenden Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort / Datum

Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
des / der Leistungsberechtigten

Schweigepflichtentbindung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Dritten (z.B. der Mittagsversorger, Verein, etc.), an welche die bewilligte Leistung aus dem Bildungs- und Teilhabepaket entsprechend der vorliegenden Abtretungserklärung gezahlt wird, Auskunft erteilt werden darf, wenn die bewilligte Leistung aus dem Bildungs- und Teilhabepaket aufgrund der Aufhebung der anspruchsbegründenden Leistung (z.B. Arbeitslosengeld II, Wohngeld, etc.) nicht mehr gewährt wird. Ich willige ein, dass der Leistungsanbieter und der zuständige Kostenträger (Kommunale Jobcenter, FD Soziales und Teilhabe oder FD Ausländer- und Personenstandswesen) die für die Entscheidung und Erbringung des Leistungsangebotes notwendigen Informationen für den Zeitraum der Bewilligung austauschen dürfen. Die Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort / Datum

Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
des / der Leistungsberechtigten

Hinweise zum Datenschutz:

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II und XII sowie dem § 18 BKGG Bundeskindergeldgesetz (BKGG) erhoben.

Die Informationen nach Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung und nach § 67a ff Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) finden Sie im ausgehändigten Hinweisblatt als auch unter www.lra-sm.de/jobcenter sowie auf Anfrage in Ihrem Kommunalem Jobcenter bzw. zuständigem Fachdienst (FD Soziales und Teilhabe, FD Ausländer- und Personenstandswesen).

³ Zahlung erfolgt direkt an den Leistungsanbieter (z.B. Mittagsversorger).