

Landratsamt Meißen
Dezernat Arbeit und Bildung - Jobcenter Meißen
Dezernat Soziales / Kreissozialamt



Datum der Antragstellung/Bearbeiter: /

**Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe
 -für gemeinschaftliches Mittagessen in der Schule/Kindertageseinrichtung-**

<input type="checkbox"/> §28 Abs.6 SGB II (beim Jobcenter Meißen)	<input type="checkbox"/> §34 Abs.2 SGB XII (bei Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/> §6b BKGG (bei Kinderzuschlag/Wohngeld)
--	---	--

I. Daten des Antragstellers/ der Antragstellerin		Eingangsstempel
Name, Vorname:		
Anschrift:		
Aktenzeichen:		

II. Leistungen: für

Name, Vorname:
 Geburtsdatum:

wird ein Zuschuss beantragt für gemeinschaftliches Mittagessen in der

Schule (allgemein- o. berufsbildend)
 Kindertageseinrichtung/Tagespflege nach SäKitaG.

Name der Schule/Einrichtung: _____

Anschrift: _____

III. Ergänzende Angaben zum Mittagessen in der Schule/Einrichtung

Name, Vorname (Kind)

nimmt regelmäßig an dem in der Schule/ Einrichtung angebotenen gemeinschaftlichen Mittagessen teil.
 besucht im Zeitraum von _____ bis _____ eine Schule/ Einrichtung und nimmt am gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

 Name und Anschrift des Leistungsanbieters/Mittagessenversorgers

IV. Hinweise zur Direktzahlung an Leistungsanbieter

Die bewilligten Leistungen für das gemeinschaftliche Mittagessen in der Schule/Einrichtung werden direkt an den Leistungsanbieter (Mittagessenversorger) überwiesen.

Eine Auszahlung an den Bürger/Antragsteller darf laut Gesetz nicht erfolgen.

Je Mittagessen ist vom Antragsteller ein **Eigenanteil von 1,00 Euro** zu erbringen und direkt an den Leistungsanbieter zu zahlen!

V. Erklärung und Unterschrift

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben, Änderungen werde ich unverzüglich anzeigen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der zuständige Leistungsträger (das Jobcenter Meißen/Kreissozialamt) in Bezug auf die beantragte Leistung mit dem Leistungsanbieter/Mittagessenversorger bzw. der Schule direkt in Kontakt treten darf und der Leistungsanbieter auch zum Wegfall meines Leistungsanspruches informiert werden darf.

 Ort/Datum

 Unterschrift Antragsteller/-in

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 SGBI und der §§ 67 a, b, c SGBX für die Leistungen nach dem SGBII erhoben.