

18 Bitte tragen Sie hier ein, welche Leistungen zur Bildung und Teilhabe für die einzelnen Familienangehörigen beantragt werden:

| 19 | | 1. Person | 2. Person | 3. Person | 4. Person |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20 | Vorname: | | | | |
| 21 | Schülerbeförderung (Fahrkarte) Bitte Anlage 1 von der Schule ausgefüllt beifügen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Lernförderung (Nachhilfe) Bitte Anlage 2 von der Schule ausgefüllt beifügen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Soziale und kulturelle Teilhabe z. B. für: - Mitgliedsbeiträge aus den Bereichen Sport, Spiel, Kultur und Geselligkeit, - Unterricht in künstlerischen Fächern - angeleitete Aktivitäten der kulturellen Bildung - Teilnahme an Freizeiten Bitte Anlage 3 beifügen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Ausflug/Klassenfahrt Bitte Anlage 4 von der Schule/Kindertageseinrichtung ausgefüllt beifügen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Schulbedarf Muss nur von Beziehern von Wohngeld/Kinderzuschlag separat beantragt werden. Alle anderen Berechtigten erhalten diesen automatisch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Mittagessen Die Kostenübernahme für Mittagessen müssen Sie nicht separat beantragen. Legen Sie Ihren aktuellen Leistungsbescheid schnellstmöglich bei der Schule, Kindertageseinrichtung oder dem Essensanbieter vor. Dieser rechnet die Kosten direkt mit der Stadt Heilbronn bzw. dem Jobcenter Stadt Heilbronn ab. Falls Sie bereits Rechnungen erhalten haben, legen Sie diese mit einem Zahlungsnachweis (z.B. Kontoauszug) bei uns vor. Wir werden Ihnen die Kosten bei Vorliegen der Voraussetzungen erstatten. | | | | |

27 Bitte geben Sie nun noch an, an wen die Leistungen zu zahlen sind:

| | | |
|----|---|--|
| 28 | <input type="checkbox"/> Antragsteller/in (Zeile 8) | |
| 29 | <input type="checkbox"/> abweichende/r Zahlungsempfänger/in Bitte Namen und Begründung für abweichenden Zahlungsempfänger angeben. | Name, Vorname: _____ Begründung: _____ _____ |
| 30 | IBAN: | |
| 31 | Bankname: | |

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers