

ausgegeben am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_  
*Stempel der Behörde*

**Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe**

*Lernförderung für Schülerinnen und Schüler*

Gilt nicht für Berufsschüler, die Ausbildungsvergütung erhalten!  
 Füllen Sie diesen Antrag bitte in Druckbuchstaben aus. Bitte beachten Sie die „Hinweise zu Anträgen auf Leistungen für Bildung und Teilhabe“.

Eingangsstempel Behörde
-------------------------

Name, Vorname (der Antragstellerin/des Antragstellers)		Telefon:
Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum des Kindes:
Straße, PLZ und Wohnort		
Bankverbindung	Kontonummer	Bankleitzahl

**Derzeit steht das Kind im Leistungsbezug**

- nach dem **SGB II** beim **Jobcenter Vogtland** und **Kindergeld** (BG-Nr. \_\_\_\_\_)
- nach § 6 a **Bundeskindergeldgesetz** (Kinderzuschlag) (Bitte aktuellen Bescheid in Kopie beifügen.)
- von **Wohngeld und Kindergeld** (Bitte aktuelle Bescheide in Kopie beifügen.)
- nach dem 3. oder 4. Kapitel **SGB XII** (AZ: \_\_\_\_\_)
- nach § 2 **Asylbewerberleistungsgesetz** (AZ: \_\_\_\_\_)
- nach keiner der o. g. Leistungen  
 (Damit bedarf es einer Antragstellung auf eine der o. g. Leistungen. Es wird \_\_\_\_\_ beantragt)

Für das o. g. Kind werden Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 28 SGB II bzw. § 34 SGB XII für eine ergänzende angemessene **Lernförderung** ab \_\_\_\_\_ beantragt. (Bitte machen Sie ergänzende Angaben und reichen die von der Schule ausgefüllte Bestätigung der Schule über die Notwendigkeit von Lernförderung ein.)

<b>Ergänzende Angaben zur Lernförderung</b>	
Es werden Leistungen des Achten Buches Sozialgesetzbuch – SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) durch das zuständige Jugendamt erbracht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Das Kind erhält keine Ausbildungsvergütung.	

**Hinweis zum Sozialgeheimnis:**

Die Daten unterliegen dem Sozialdatenschutz. Ihre Angaben werden aufgrund §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 67 a bis 67 c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nur für die o. g. Leistungen nach dem SGB II erhoben.

**Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei minderjähriger Antragstellerin/Antragsteller