

**Sozialamt**

**Bahnhofstraße 28  
99510 Apolda**

PF 1354  
99503 Apolda

Telefon: 03644-540741  
Telefax: 03644-540850  
post.sozialamt@weimarerland.de

Name der entgegennehmenden Stelle
Landratsamt Weimarer Land Sozialamt Bahnhofstraße 28 99510 Apolda

**Leistungen für Bildung und Teilhabe** (Bitte für jedes Kind separat ausfüllen und einreichen!)

**Bitte reichen Sie den entsprechenden Bescheid ein.**

Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II)

Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe)

Leistungen nach dem AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz)

**Name und Vorname Sorgeberechtigte(r):**

Geburtsdatum Sorgeberechtigte(r):

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Bankverbindung/Name des Kreditinstituts:

Abweichende(r) Kontoinhaber(in):

IBAN:

BIC:

**Name und Vorname des Kindes:**

Geburtsdatum des Kindes:

Geschlecht des Kindes:

weiblich

männlich

Das Kind besucht eine:

Name und Anschrift der Einrichtung:

Schule

Kindertageseinrichtung

Kindertagespflege

Essenanbieter:



**Bankverbindungen:**

Sparkasse Mittelthüringen  
IBAN: DE03 8205 1000 0501 0039 16  
BIC: HELADEF1WEM

VR Bank Weimar eG  
IBAN: DE70 8206 4188 0002 1011 57  
BIC: GENODEF1WE1

**Elektronischer Zahlungsverkehr:**

E-Mail (PDF): rechnung@wl.thueringen.de  
E-Rechnung (xml): <https://xrechnung-bdr.de>  
Leitweg-ID 16071000-0001-82

Leistungen für Bildung und Teilhabe (Zutreffendes ankreuzen):

**Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung** ab:

**Schulbedarf** (Schulbescheinigung beifügen)

**Schulausflüge/mehrtägige Klassenfahrten/Kindergartenausflüge**

Zeitraum:

Ort:

Gesamtkosten:

Stempel mit Anschrift der Einrichtung:

Bankverbindung der Einrichtung/  
Name des Kreditinstituts:



IBAN:

BIC:

Fälligkeit der Zahlung:

**Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben**

(Verein, Freizeiten, Unterricht in künstlerischen Fächern o. Ä.)

1. Aktivität:

Zeitraum:

Kosten:

Name und Anschrift des Anbieters:

2. Aktivität:

Zeitraum:

Kosten:

Name und Anschrift des Anbieters:

**Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise wie z. B. Teilnahmebestätigungen,  
Mitgliedsbescheinigungen, Rechnungen ein.**

Nur ausfüllen lassen, wenn kein anderer Nachweis vorhanden:

Stempel mit Anschrift Anbieter:



**Schülerbeförderungskosten (nach der 10. Klasse)**

Name und Anschrift der Schule:

(Bitte legen Sie die Schulbescheinigung bei.)

Evtl. Angabe des Bildungsgangs:

Monatliche Kosten:

Bei Zuschuss von Dritten (zum Beispiel Schulverwaltungsamt) bitte Bescheid beifügen.

**Wichtige Hinweise zum Datenschutz und Datenschutzerklärung**

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), Wohngeldgesetz (WoGG) bzw. Bundeskindergeldgesetz (BKGG) erhoben. Mit der Verarbeitung, einschließlich Übermittlung sowie Nutzung (§ 67 Abs. 5 und 6 SGB X) der für die Bildungs- und Teilhabeleistungen erforderlichen Daten durch die in den o. g. Gesetzen näher bestimmten Sozialleistungsträger bin ich einverstanden. Ich willige ferner darin ein, dass die vorgenannten Stellen Daten in Form eines Datenabgleichs austauschen dürfen.

Ich willige ebenfalls ein, dass zum Zweck der Abrechnung mit dem Leistungsanbieter meine Daten zur Verarbeitung, einschließlich Übermittlung sowie Nutzung weitergegeben werden dürfen. Ich wurde darüber belehrt, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit mit Wirkung in die Zukunft widerrufen werden kann. Ich bin damit einverstanden, dass von der zuständigen Stelle für die Leistungserbringung erforderliche Daten eingeholt werden und entbinde die Ansprechpartner von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift