

Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 6b BKGG i.V.m. § 28 SGB II  
 - **Kostenübernahme für Mittagsverpflegung in schulischer Verantwortung,  
 in Kindertageseinrichtungen oder in Kindertagespflege** -

Märkischer Kreis  
 FD 71  
**Kreishaus II Altena**  
 Bismarckstraße 17  
 58762 Altena

**Bitte den Antrag bei der Stadt-/  
 Gemeindeverwaltung einreichen.**

**Ich erhalte Wohngeld und Kindergeld  
 Ich erhalte Kinderzuschlag**

**Antragsteller/in**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (freiwillige Angabe)	Email (freiwillige Angabe)	

**Betroffenes Kind**

Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum
Name der Schule / der Kindertageseinrichtung / der anerkannten Kindertagespflege		Teilnahme am Mittagessen seit:
Anschrift	PLZ	Ort

Ich beantrage Überweisung an den Leistungserbringer – Bankverbindung auf der Bescheinigung  
 Ich beantrage Kostenerstattung – bitte Bankverbindungsdaten angeben:

Bankverbindung – Name Kreditinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer
IBAN	BIC	
Kontoinhaber (wenn anders als oben) Name, Anschrift		

**Erforderliche Unterlagen bei Kostenerstattung:**

- Bescheid über Wohngeld / Kinderzuschlag
- Nachweis der Vorleistung
- Teilnahmebescheinigung und Abrechnungsbogen des Leistungsanbieters (Vordruck)

**Erforderliche Unterlagen bei Überweisung an den Leistungsträger:**

- Bescheid über Wohngeld / Kinderzuschlag
- Teilnahmebescheinigung und Abrechnungsbogen des Leistungsanbieters (Vordruck)

**Wichtige Hinweise zum Datenschutz**

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. Die Verarbeitung einschließlich Übermittlung sowie Nutzung (§ 67 Abs. 5 und 6 SGB X) der für die Bildungs- und Teilhabeleistungen erforderlichen Daten kann durch die in den o.g. Gesetzen näher bestimmten Sozialleistungsträger erfolgen.

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_