

Antrag auf Erstattung von Lernmitteln

Stadtverwaltung Hohen Neuendorf
FB Soziales
Schulverwaltung
Oranienburger Straße 2
16540 Hohen Neuendorf

SchülerIn:

Name:
Vorname:
<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
Geburtsdatum:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Wohnort:

Personensorgeberechtigte:

Name:
Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Wohnort:
Telefonnummer:

Schule:

Schule:
Klasse:
Schuljahr:

Bankverbindung:

Kontoinhaber:
IBAN:
BIC:
Bankinstitut:

Ich beziehe folgende Leistungen:

- Arbeitslosengeld II
- Sozialgeld (3. Kapitel, Abschnitt 2 SGB XII)
- Sozialhilfe (3. Kapitel SGB XII)
- Leistungen nach AsylbLG

Bitte ankreuzen!

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Bitte fügen Sie folgende Nachweise bei:

- Bücherliste der Schule
- Schulbescheinigung/en
- Quittung der selbst beschafften Schulbücher
- Nachweis/Bescheid über Leistungen, die Sie am 01. August des Schuljahres erhalten*

*Entfällt ggf. bei Antrag auf Ermäßigung ab dem 3. Kind

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei Volljährigen: Unterschrift der Schülerin/des Schülers

Bei Minderjährigen: Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten