

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 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Sozialgeld (3. Kapitel, Abschnitt 2 SGB XII) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Sozialhilfe (3. Kapitel SGB XII) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Leistungen nach AsylbLG | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Bitte ankreuzen!

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