



## ANTRAG AUF LEISTUNGEN AUS DEM BILDUNGS- UND TEILHABEPAKET

### Datenschutzhinweis:

Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten in der Kreisverwaltung Märkisch-Oderland (Schulverwaltungs-, Kultur- und Sportamt) und über Ihre Rechte nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie über Ansprechpartner in Datenschutzfragen entnehmen Sie dem Hinweisblatt zu den „Informationspflicht nach Art. 13 und Art. 14 der DSGVO“. Diese Hinweise finden Sie unter [www.maerkisch-oderland.de/de/bildungs-und-teilhabeapaket-but.html](http://www.maerkisch-oderland.de/de/bildungs-und-teilhabeapaket-but.html).

Eingangsstempel

Az.:

**Stellen Sie bitte für jedes Kind einen separaten Antrag und fügen Sie diesem Antrag bitte eine Kopie des aktuellen Sozialleistungsbescheides bei.**

### 1. Antragsteller:

Name:  Vorname:   
 Geb.-Datum:   männlich  weiblich Geb.-Ort:   
 Straße:  Hs-Nr.:   
 PLZ:  Ort:   
 Telefon:

### Bankverbindung des Antragstellers:

Kontoinhaber:  
 Name:  Vorname:   
 Name der Bank:   
 BIC:  IBAN:

### 2. Für Kind/Schüler:

Name:  Vorname:   
 Geb.-Datum:   männlich  weiblich Geb.-Ort:   
 Besuchte Einrichtung:   
 Aktenzeichen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket **40.71/**

### Ich/wir erhalte/n Leistungen nach (Zutreffendes bitte ankreuzen)

|  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> dem SGB II Nr. der Bedarfsgemeinschaft: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> dem SGB XII Aktenzeichen:               | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> dem WoGG Aktenzeichen:                  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> dem BKGG Aktenzeichen:                  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> dem AsylbLG Aktenzeichen:               | <input type="text"/> |

### Ansprechpartner für Rückfragen

E-Mail: [but-stelle@landkreismol.de](mailto:but-stelle@landkreismol.de)

Fax: 03346 850 6809

Telefon: 03346 850 6834 (D,G-K), 6835 (S-Z ohne V), 6836 (A,B,C,E,F), 6837 (L-R,V)

Seite 1

**Ich/Wir erhalte/n für u. g. Teilleistung aus dem Bildungs- und Teilhabepaket schon eine Förderung/Unterstützung von Dritten**

nein  ja

Wenn ja,

in welcher Höhe:  € von wem:

**Es werden Leistungen durch das zuständige Jugendamt im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (Heim- und Pflegekinder gem. SGB VIII) erbracht.**

nein  ja (Bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

**3. Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich)**

Hiermit beantrage/n ich/wir die Bewilligung folgender Leistungen:

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Teilnahme an eintägigen Ausflügen                      | Anlage 1 |
| <input type="checkbox"/> | Teilnahme an mehrtägigen Fahrten                       | Anlage 1 |
| <input type="checkbox"/> | Kosten aus der Schülerbeförderung                      | Anlage 2 |
| <input type="checkbox"/> | Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung | Anlage 2 |
| <input type="checkbox"/> | Ausstattung mit persönlichem Schulbedarf               | Anlage 2 |
| <input type="checkbox"/> | Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben             | Anlage 2 |
| <input type="checkbox"/> | Ergänzende angemessene Lernförderung                   | Anlage 3 |

**Füllen Sie bitte nur die Anlagen aus, für die Sie aktuell Leistungen beantragen wollen!**

**4. Änderungen**

**Haben sich Änderungen ergeben?**

**Wenn ja, bitte geben Sie an, welche und legen Sie diesem Antrag entsprechende Nachweise bei.**

**5. Versicherung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben**

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich/Wir versichere/n, dass meine/unsere Angaben richtig und vollständig sind. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, dem Landkreis Märkisch-Oderland jede Änderung vorstehender Angaben **unverzüglich** zu melden.

Mir/Uns ist bekannt, dass unrichtige Angaben strafrechtlich verfolgt und gewährte Zuschüsse zurückgefordert werden können.

Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Schülers  
(nur bei Volljährigkeit)

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
der/s Antragstellers/in

**Rücksendeanschrift:**

Landkreis Märkisch-Oderland  
Schulverwaltungs-, Kultur- und Sportamt  
BuT-Stelle  
Puschkinplatz 12  
15306 Seelow

**Ansprechpartner für Rückfragen**

**E-Mail:** [but-stelle@landkreismol.de](mailto:but-stelle@landkreismol.de)

Fax: 03346 850 6809

Telefon: 03346 850 6834 (D,G-K), 6835 (S-Z ohne V), 6836 (A,B,C,E,F), 6837 (L-R,V)

Seite 2