

Absender:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Bestätigung der Kindertagesstätte vor Ausflügen und mehrtägigen Fahrten

Landratsamt Bautzen
 Jobcenter
 Bildungs- u. Teilhabepaket
 Bahnhofstraße 9
 02625 Bautzen

Anlage zum Antrag auf Leistungen für
 Bildung und Teilhabe

I. Allgemeine Angaben zum/zur Antragsteller(in) bzw. Vertreter(in) der Bedarfs-/Haushaltsgemeinschaft

| | | | |
|---|-------------------------|--|--------------|
| 1 | Aktenzeichen | | |
| 2 | Antragsteller(in): | | Geburtsdatum |
| 3 | Name, Vorname | | |
| 4 | Straße/Hausnr. | | |
| 5 | PLZ/Ort | | |
| 6 | Telefon (freiwillig) | | |
| 6 | betreffendes Kind | | Geburtsdatum |
| | Name, Vorname, Gruppe | | |

II. Umfang der Veranstaltung (durch die Einrichtung auszufüllen)

| | |
|----|--|
| 7 | 1. Art der Veranstaltung |
| 8 | eintägiger Ausflug |
| 9 | mehrtägige Fahrt |
| 9 | Zeitraum der Veranstaltung von: _____ bis: _____ |
| 10 | Reiseziel (Ort/Land): _____ |
| 11 | 2. Gruppe o.Ä. |
| 12 | (o.g. Kindes) |
| 12 | Anzahl der insgesamt teilnehmenden Einrichtungen: _____ |
| 13 | Anzahl der Kinder in der Gruppe des oben benannten Kindes: _____ |
| 14 | Anzahl der teilnehmenden Kinder in der Gruppe des oben benannten Kindes: _____ |
| 15 | Anzahl der insgesamt teilnehmenden Kinder an der Veranstaltung: _____ |
| 16 | Nichtteilnehmerzahl: _____ |
| 17 | Grund für die Nichtteilnahme (z.B. Krankheit, Finanzen etc.): _____ |
| 18 | 3. Zeitlicher Rahmen: |
| | Tage insgesamt für die Fahrt: _____ |

III. Höhe der Kosten Die Punkte 1-3 sind durch die Einrichtung auszufüllen, Punkt 4. durch den/die Antragsteller(in)

1. Eigenbetrag (ohne Taschengeld für Verpflegung etc.)

Kosten der Fahrt (z.B. ÖPNV)
inkl. Übernachtung und Eintritt _____ €

Sonstige Kosten: _____ € Zweck: _____

Gesamtkosten pro Kind: _____ €

2. Beantragte Leistungen

Wurden oder werden weitere Leistungen für die Fahrt beantragt bzw. erbracht (Zuschüsse durch Dritte, z.B. Gemeinde/Förderverein) ?

Nein

Ja, in Höhe von _____ € durch _____

3. Zahlungsmodalitäten

Die gewährte Leistung soll auf folgende Bankverbindungen überwiesen werden:

Förderverein Konto der Einrichtung Konto des Antragstellers

Kontoinhaber: _____ Verwendungszweck: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Betrag: _____ €

Fälligkeitstermin: _____

Erfolgte bereits eine (An) Zahlung?

Nein Ja, in Höhe von: _____ €

am: _____

Restbetrag: _____ €

4. Bestätigung des Antragstellers bezüglich der Zahlungsmodalitäten

Ort/Datum

Unterschrift

IV. Bestätigung der Einrichtung (durch die Einrichtung auszufüllen)

Anschrift der Einrichtung:

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Dienststelle/Einrichtungstempel/Unterschrift

Ort, Datum

Hinweis:

Alle Angaben sind wahrheitsgetreu zu tätigen. Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) und der §§ 67 a - c Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) für die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Zweites Buch (SGB II) erhoben.