

Füllen Sie diesen Antrag bitte (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus.

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

## Antrag auf Kostenübernahme für gemeinschaftliche Mittagsverpflegung

Nummer der Bedarfsgemeinschaft \_\_\_\_\_

Name, Vorname (der Antragstellerin/  
des Antragstellers) \_\_\_\_\_

Für

\_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

wird die Kostenübernahme für die Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen  
beantragt:

Die o.g. Person besucht

eine allgemein- oder berufsbildende Schule  eine Kindertageseinrichtung/  
Kindertagespflege

\_\_\_\_\_  
(Name der Schule/Einrichtung/Tagespflegeperson) (Anschrift der Schule/ Einrichtung/  
Tagespflegeperson)

Die o.g. Person besucht im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ die  
Schule/eine Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege und nimmt im Monat durch-  
schnittlich an \_\_\_\_\_ Tagen am gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

### Wichtige Hinweise:

Die Leistung kann bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres beantragt werden, wenn  
eine Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege bzw. allgemein- oder berufsbildende  
Schule besucht wird.

Bitte geben Sie an, für welches Kind, welche/n Jugendliche/n oder junge/n Erwach-  
sene/n die Leistungen beantragt werden.

Bitte beachten Sie: Für jede/s/n Kind oder Jugendliche/n oder junge/n Erwachsene/n  
ist ein eigener Antrag zu stellen.

Für Kinder, die eine Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle besuchen, reichen Sie bitte ein Schreiben der Einrichtung/der Tagespflegestelle als Nachweis ein, aus dem hervorgeht, an wie vielen Tagen im Monat das Kind durchschnittlich in der Einrichtung/Tagespflegestelle die Mahlzeit einnimmt. Die Angaben sind erforderlich, damit der Bedarf berechnet werden kann. Eine gesonderte Bescheinigung ist nicht erforderlich, wenn die Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle Ihre o.g. Angaben auf dem Antragsformular bestätigt.

### **Schlusserklärungen:**

#### 1. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich anzuzeigen - § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I. Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.

#### 2. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrug führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

#### 3. Hinweise zum Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB II. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X.

#### 4. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

---

(Ort/Datum)

(Unterschrift des gesetzlichen  
Vertretung minderjähriger  
Antragsteller/innen)

(Unterschrift Antragstellerin/  
Antragsteller)