

**Antrag auf Leistungen
für Bildung und Teilhabe**

Erziehungsberechtigte/r:

Name	Vorname	Telefonnummer
Geburtsdatum: Geburtsort:	Anschrift	Name der Bank
Familienstand: Staatsangehörigkeit:	IBAN	BIC

Ich beziehe/erhalte derzeit:

<input type="checkbox"/>	Kinderzuschlag nach dem Bundeskindergeldgesetz	bitte aktuellen Bescheid beifügen
<input type="checkbox"/>	Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz	bitte aktuellen Bescheid beifügen
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach dem SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	
<input type="checkbox"/>	keine der vorgenannten Leistungen	

1. Kind:

Name	Vorname
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geburtsort
Pflegekind: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

2. Kind:

Name	Vorname
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geburtsort
Pflegekind: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

3. Kind:

Name	Vorname
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geburtsort
Pflegekind: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

4. Kind:

Name	Vorname
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geburtsort
Pflegekind: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

5. Kind:

Name	Vorname
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geburtsort
Pflegekind: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

6. Kind:

Name	Vorname
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geburtsort
Pflegekind: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	