

An das Landratsamt Augsburg <small>Zutreffendes bitte ankreuzen</small> <input type="checkbox"/> Soziale Leistungen Prinzregentenplatz 4 86150 Augsburg <input type="checkbox"/> Amt für Ausländerwesen und Integration - Bereich Asyl - Fuggerstr. 10 86830 Schwabmünchen	An das Jobcenter Augsburg Land <small>Zutreffendes bitte ankreuzen</small> <input type="checkbox"/> Hauptgeschäftsstelle Hermanstr. 11 86150 Augsburg <input type="checkbox"/> Zweiggeschäftsstelle Fuggerstr. 10 86830 Schwabmünchen
--	--



Anlage F Bildung und Teilhabe

Erklärung und Bestätigung zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben

Vom Antragsteller/Von der Antragstellerin auszufüllen bei mehreren Kindern ist für jedes Kind eine eigene Anlage F erforderlich

Leistungsberechtigte(r)/Kind: _____
Nachname, Vorname Geburtsdatum

Es wird/es werden folgende Leistung(en) der Teilhabe beantragt:

Übernahme des Mitgliedsbeitrages in einem Sportverein

Angeleitete Aktivitäten der kulturellen Bildung (z. B. Museumsbesuch)

Unterrichtung in künstlerischen Fächern (z. B. Musikunterricht)

Teilnahme an Freizeiten (z. B. Ferienprogramm)

Entstehen Aufwendungen in Zusammenhang mit den oben genannten Aktivitäten? ja nein

Hinweis: Vom Landratsamt Augsburg/Jobcenter Augsburg Land wird ein Kostenbeitrag von maximal 10 Euro pro Monat übernommen. Sollte der/die Leistungsberechtigte bereits Mitglied in einem Verein sein oder ein Vertragsverhältnis mit einem Institut bestehen, wird um Vorlage des entsprechenden Vertrages (ggf. Kopie) gebeten.

Sind Sie damit einverstanden, dass zur Beschleunigung des Verfahrens die für eine Prüfung und Entscheidung über den geltend gemachten Anspruch notwendigen sozial- und personenbezogene Daten bei den beteiligten Leistungsträgern (Landratsamt Augsburg/Jobcenter Augsburg Land/Wohngeldstelle/Familienkasse) oder Leistungserbringern/Anbietern eingeholt werden? Zutreffendes bitte ankreuzen ja nein

Darf eine Ausfertigung der behördlichen Entscheidung dem Leistungserbringer/Anbieter beispielsweise für Abrechnungszwecke übermittelt werden? Zutreffendes bitte ankreuzen ja nein

X _____ **X** _____
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller(in); Volljährige unterzeichnen selbst

Vom Anbieter auszufüllen Zutreffendes bitte ankreuzen

Angaben zum Anbieter: _____
Name/Bezeichnung vollständige Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Ansprechpartner des Anbieters: _____
Herr/Frau Telefon-Nr.

Beschreibung der Leistung: _____ Zeitraum der Leistung: _____

Kosten für die Leistung: _____ Euro pro Monat im Quartal im Halbjahr im Jahr
Betrag

Bankverbindung des Anbieters: _____
Kontoinhaber (Name bzw. Bezeichnung)

Bankinstitut (Bezeichnung) _____

Verwendungszweck: _____
IBAN

X _____ **X** _____
Ort, Datum Unterschrift des Anbieters