



Landratsamt Dachau

Landratsamt Dachau
 Sozialwesen
 Weiherweg 16
 85221 Dachau
 Telefon: 08131/74-0
 Fax: 08131/74-422

Jobcenter Dachau
 Hochstraße 27
 85221 Dachau
 Telefon: 08131/3329-0
 Fax: 08131/3329-120



Bestätigung im Rahmen der Bewilligung von Leistungen nach § 28 Abs. 7 SGB II, § 34 Abs. 7 SGB XII und § 6b Abs. 2 BKGG („Bildungs- und Teilhabeleistungen“) für soziale und kulturelle Teilhabe

Von der Antragstellerin / vom Antragsteller auszufüllen

Für: _____		geboren am: _____
(Name, Vorname)		
Anschrift: _____		
Ich nehme an folgenden Aktivitäten teil:		
<p>z. B. Mitgliedschaft im Verein in den Bereichen Sport, Spiel, Kultur und Geselligkeit, Unterricht in künstlerischen Fächern (z. B. Musikunterricht) und vergleichbare angeleitete Aktivitäten der kulturellen Bildung</p>		
<p>Ich bin damit einverstanden, dass der Landkreis Dachau / das Jobcenter gegebenenfalls weitere erforderliche Daten bei dem o. g. Leistungsanbieter einholt und entbinde die Leistungsanbieter von der Schweigepflicht. Die Zustimmung wird freiwillig abgegeben. Ein Widerruf der Erklärung ist jederzeit möglich.</p>		
Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der/des Leistungsberechtigten

Vom Leistungsanbieter auszufüllen

O. g. Kind nimmt seit _____ regelmäßig an folgender Aktivität teil:	

Anbieter der Leistung: _____	
Adresse des Anbieters: _____	
Die Kosten betragen <input type="checkbox"/> _____ € monatlich <input type="checkbox"/> _____ € pro Teilnahme.	
Die Teilnahme erfolgt <input type="checkbox"/> mal wöchentlich <input type="checkbox"/> mal monatlich.	
<input type="checkbox"/> Bei Krankheit/ Urlaub/ Schulferien ist kein Beitrag zu zahlen.	
<input type="checkbox"/> Im Monat/ In den Monaten _____ ist aufgrund von Ferien / Schließzeiten	
<input type="checkbox"/> keine Gebühr zu zahlen	
<input type="checkbox"/> ermäßigt sich die Gebühr auf _____	
Bankverbindung des Anbieters für Überweisung der Kosten:	
Kontoinhaber: _____	Verwendungszweck: _____
IBAN: _____	BIC: _____ Kreditinstitut: _____
Es wird darauf hingewiesen, dass eine Kostenerstattung nur an den Anbieter möglich ist. Eine Erstattung an Leistungsberechtigten ist rechtlich nicht möglich.	

Für Rückfragen		
_____		_____
Ansprechpartner/in (Frau/Herr)		Telefon - Durchwahl
Ort, Datum	Unterschrift des Anbieters	Stempel des Anbieters