

## Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe nach

- § 28 SGB II (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld)  
 § 6b BKGG in Verbindung mit § 28 SGB II (Kinderzuschlagsberechtigter)  
 § 34 SGB XII (Sozialhilfeberechtigter)  
 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Eingangsstempel

**Füllen Sie diesen Antrag bitte in Druckbuchstaben aus und fügen Sie die notwendigen Nachweise dem Antrag bei.**

Bitte bringen Sie für die Ausstellung des „berlinpass-BuT“ ein Lichtbild Ihres Kindes mit.

### Zuständige Leistungsbehörde im Bezirk:

- Jobcenter       Sozialamt  
 Wohngeldstelle     Landesamt für Gesundheit und Soziales

**Aktenzeichen oder BG-Nummer:**

Die Beantwortung aller Fragen ist für die **erstmalige** Bearbeitung Ihres Antrages notwendig. Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen!

Bei **wiederholter** Antragstellung:

Haben sich Änderungen gegenüber den Angaben im ersten Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe ergeben?

- nein, dann bitte nur Buchstabe A und B ausfüllen       ja, dann bitte nochmals alle Fragen beantworten

A. Angaben der Antragstellerin / des Antragstellers		B. Angaben des Kindes	
Name ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Name: Vorname:	Geburtsdatum
Geburtsort/Kreis/Land		Geburtsort/Kreis/Land	
Anschrift (PLZ/Ort/Straße/Nr.):			
Ich besuche/ mein Kind besucht: <input type="checkbox"/> eine allgemein- oder berufsbildende Schule <input type="checkbox"/> eine Kindertageseinrichtung			
(Name der Schule/Einrichtung)		(Anschrift der Schule/Einrichtung)	
I. <input type="checkbox"/> Eintägige Ausflüge der Schule/Kindertageseinrichtung (berlinpass-BuT) II. <input type="checkbox"/> Ergänzende angemessene Lernförderung (berlinpass-BuT) III. <input type="checkbox"/> Gemeinschaftliches Mittagessen in der Schule oder der Kindertageseinrichtung / Kindertagespflege (berlinpass-BuT)			
Bitte machen Sie ergänzende Angaben zum gemeinschaftlichen Mittagessen!			
<input type="checkbox"/> Verlässliche Halbtagsgrundschule (VHG) von 8.00 Uhr-13.30 Uhr, Sekundarstufe I und II (Sekundarschulen und Gymnasien), Berufliche Schulen - Vollkostenpreis 45,00 € pro Monat <input type="checkbox"/> Offener Ganztagsbetrieb (OGB) mit Betreuung nach 13.30 Uhr (Grundschulen) und Gebundener Ganztagsbetrieb (GGB) von 8.00 Uhr – 16.00 Uhr (Gesamtschulen) -Verpflegungsanteil 23,00 € pro Monat <input type="checkbox"/> Öffentlich finanzierte Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflege – Verpflegungsanteil 23 € pro Monat <input type="checkbox"/> Nicht öffentlich finanzierte (privat-gewerbliche) Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflege			
<b>Bitte fügen Sie bei privat-gewerblichen Kindertageseinrichtungen einen Nachweis über die monatlichen Kosten des Mittagessens (z.B. Betreuungsvertrag oder Bestätigung der Kindertageseinrichtung) bei!</b>			

**IV.  Schülerbeförderung** (Bitte machen Sie ergänzende Angaben)

Die Entfernung zwischen Wohnort und Schule beträgt: m/km:

Nutzt Ihr Kind den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV)?

- ja Wenn ja: Welche Tarifposition nutzen Sie oder Ihr Kind zur Zeit und wie hoch sind die monatlichen Kosten?  
 nein

**Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei!**

Liegen bei Ihnen oder Ihrem Kind besondere Umstände vor, die eine Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) unbedingt erforderlich machen?

- nein  
 ja Wenn ja: Bitte die Gründe benennen und entsprechende Nachweise beifügen.

Sind Sie oder Ihr Kind aufgrund bestimmter Umstände (z. B. Behinderung) auf andere Beförderungsmittel angewiesen?

- ja Wenn ja: Welche Beförderungsmittel nutzen Sie oder Ihr Kind, wie hoch sind die monatlichen Kosten und wer trägt diese Kosten?  
 nein

**V.  Ausstattung mit persönlichem Schulbedarf** (Nur von Empfängern von Kinderzuschlag und Wohngeld auszufüllen )

Ihre Bankverbindung:

Name des Kreditinstituts:	Kontonummer:	Bankleitzahl:	Kontoinhaber:
---------------------------	--------------	---------------	---------------

**VI.  Teilhabe am sozialen, kulturellen und sportlichen Leben** (Bitte machen Sie ergänzende Angaben)

Ich nehme / mein Kind nimmt im Zeitraum vom bis an folgender Aktivität teil:

(Aktivität/Vereinsmitgliedschaft)

(Name, Anschrift und Bankverbindung des Leistungsanbieters/Vereins)

Die Kosten hierfür betragen Euro

- im Monat  
 im Quartal  
 im Halbjahr  
 im Jahr.

**Bitte fügen Sie einen Nachweis über die monatlichen Kosten bei.**

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort / Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	Ort / Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen und Antragsteller
-------------	---	-------------	--