



# Landkreis Schaumburg

## Der Landrat

Sozialamt  
Breslauer Straße 2-4  
31655 Stadthagen  
Telefon: 05721 703-4547  
bildungspaket@schaumburg.de

### Antrag auf Leistungen für den Aufwand der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in der Kindertagesstätte im Zeitraum 08/2023 – 07/2024 (§ 28 Abs. 6 SGB II, § 6b BKGG, § 3 Abs. 4 AsylbLG bzw. § 34 Abs. 6 SGB XII)

#### Daten eines Erziehungsberechtigten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ und Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ Tel. (freiwillig) \_\_\_\_\_

#### Daten des Kindes:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_  
Name der Kindertagesstätte: \_\_\_\_\_

Das Kind besucht die o.g. Kindertagesstätte voraussichtlich im gesamten Kitajahr 2023/2024 und nimmt seit/ab dem \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung teil.

Ich/wir beziehe/n eine der folgenden Sozialleistungen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bürgergeld (SGB II)              | <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) |
| <input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG)                  | <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag (BKGG)               |
| <input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungen (AsylbLG) |  |

**Ein Leistungsbescheid oder alternativer Leistungsnachweis über das Bestehen und die Dauer eines Leistungsbezugs ist beizufügen.**

Hinweis: Für Leistungsberechtigte nach dem SGB II dient dieser Antrag lediglich der Konkretisierung des Bedarfs.

**Für mein o. g. Kind beantrage ich Leistungen für den Aufwand an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung für den Zeitraum 08/2023 bis 07/2024.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

✕ \_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ich stimme einem Datenaustausch zwischen der Kindertagesstätte/dem Träger der Kindertagesstätte/dem Anbieter der Mittagsverpflegung und der BuT-Stelle des Sozialamtes **zum Zwecke des Informationsaustausches** über Bestehen und Dauer eines Anspruchs auf Leistungen für den Aufwand der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung nach den o.g. Paragraphen zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

✕ \_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Zum Widerruf der Einwilligung wenden Sie sich bitte an [bildungspaket@schaumburg.de](mailto:bildungspaket@schaumburg.de)  
Bitte beachten Sie die Datenschutzhinweise auf [schaumburg.de/datenschutz](http://schaumburg.de/datenschutz).