

**Antrag auf Leistungen für den Aufwand der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in
der Kindertagesstätte im Zeitraum 08/2022 - 07/2023
(§ 28 Abs. 6 SGB II, § 6b BKGG, § 3 Abs. 4 AsylbLG bzw. § 34 Abs. 6 SGB XII)**

Daten der Eltern oder eines Elternteils:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____.____._____

Daten des Kindes:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____.____._____

Für mein o. g. Kind beantrage ich Leistungen für den Aufwand an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in der u. g. Kindertagesstätte im Zeitraum 08/2022 bis 07/2023.

Für die Entscheidung über den Antrag ist der Landkreis Schaumburg, Amt 50, Breslauer Straße 2-4, 31655 Stadthagen zuständig.

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

Ort, Datum

Unterschrift Eltern(-teil)

Bestätigung der Kindertagesstätte

Name der Kindertagesstätte: _____

Anzahl der Tage, an denen das Kind die Kindertagesstätte
im Zeitraum 08/2022 bis 07/2023 voraussichtlich besucht: _____

Durchschnitt pro Monat (abgerundet): _____

Zur Berücksichtigung von etwaigen Ausfallzeiten ist der Durchschnitt pro Monat abzurunden.

Das o. g. Kind besucht die o. g. Kindertagesstätte und ist seit dem _____.____.20__ verbindlich zum gemeinschaftlichen Mittagessen angemeldet. Die Eltern des Kindes haben versichert, eine der folgenden Sozialleistungen zu beziehen:

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

Pro Mittagessen fällt ein Betrag i. H. v. _____, _____ € an. Es wird an ____ Tagen pro Woche ein Mittagessen angeboten. Der Aufwand berechnet sich pauschal wie folgt:

Durchschnittliche Anzahl der Tage, die das Kind die Kindertagesstätte pro Monat besucht x Kosten pro
Mittagessen x Anzahl der Wochentage mit Essensangebot / 5 Tage

Ich bitte um Erstattung des Aufwandes auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

Verwendungszweck

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel (Kita oder Kita-Träger)