

§ 28 SGB II Leistungen für Bildung und Teilhabe BuT.L			Eingangsdatum
			Zuständiges Leistungsteam

Leistungen für Lernförderung

Bedarfe für Bildung und Teilhabe nach § 28 Abs. 5 SGB II

Hiermit mache ich

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

PLZ, Ort:	Straße, Nr.:
-----------	--------------

Kundennummer:	Nummer der Bedarfsgemeinschaftsnummer:
---------------	--

Kosten für Lernförderung geltend; für das Kind:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

Es werden Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach §35 a des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGBVIII) durch das Jugendamt erbracht:

- Ja → Bitte vollständigen Bescheid des Jugendamtes beifügen.
- Nein

Einwilligung zur Datenübermittlung

Mit der Geltendmachung von Kosten der Lernförderung willige ich in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung der zur Bearbeitung der Bestätigung der Schule erforderlichen persönlichen Daten und Angaben durch bzw. an die Schule ein. Ich entbinde insoweit die mit der Bearbeitung befassten Bediensteten von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlich Vertretenden

Bitte von der Lehrkraft ausfüllen lassen:

Bezeichnung/Name und Anschrift der Schule:	
Für die o. g. Schülerin / den o. g. Schüler besteht Lernförderbedarf:	
in der Klassenstufe	_____
im Fach/in den Fächern	_____
Der Lernförderbedarf begründet sich aus Folgendem (alle aufgeführten Merkmale müssen vorliegen):	
Es besteht im Verhältnis zu den wesentlichen Lernzielen ein nicht ausreichendes Leistungsniveau:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die zusätzliche Lernförderung ist geeignet, diese Lernziele zu erreichen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Leistungsschwäche ist auf unentschuldigte Fehlzeiten oder anhaltendes Fehlverhalten oder Nichtteilnahme an außerunterrichtlichen Angeboten der Schule zurückzuführen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es bestehen geeignete kostenfreie schulische Angebote für den festgestellten Lernförderbedarf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ansprechpartner/-in für Rückfragen:	
Herr / Frau:	_____
Telefon:	_____
_____ Ort, Datum, Unterschrift der Lehrkraft und Stempel der Schule	