

Landkreis Heidkreis
Frau Chiuariu/Frau Kling
Jugendhof Idingen
Idingen Nr. 4
29683 Bad Fallingbostel

A N T R A G

auf Gewährung einer Sonderzuwendung aus Jugendberufshilfemitteln

Antragstellende Organisation (vom Maßnahmeträger auszufüllen)

Name: _____

Anschrift: _____

Maßnahme: _____
Ort Datum, von - bis

Bankverbindung: _____
Kontonummer Bankleitzahl Geldinstitut

Kosten der Maßnahme nach Abzug aller Zuschüsse
(Stadt, Gemeinde, Landkreis, sonstige Zuschüsse): _____ Euro (siehe auch Rückseite)

Von allen Teilnehmern wird der gleiche Teilnehmerbeitrag erhoben () ja () nein
Wenn nein, bitte kurze Erklärung (auf der Rückseite), nach welchen Kriterien diese Staffelung vor-
genommen wurde.

Datum, Unterschrift

Stempel

Teilnehmer/in (von der/dem Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Vor- und Nachname des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Anschrift: _____ Straße und Hausnummer _____ Wohnort _____

Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Bestätigung vom zuständigen Sozialamt (Bitte max. 2 Monate vor Maßnahmebeginn ausfüllen)

Der zumutbare Eigenanteil beträgt _____ EURO gemäß § 85 SGB XII.

Die Überprüfung der zumutbaren Eigenleistung erfolgte entsprechend dem Schreiben des Land-
kreises Soltau-Fallingbostel vom 31.05.2005, Az. 06.402.

Datum, Unterschrift

Stempel