

**Anlage Mittagessen**

„Leistungen für die Aufwendungen für die Teilnahme an einer gemeinschaftlichen  
Mittagsverpflegung“

BG-Nr.:		
Name Antragsteller/in:		
Name des Kindes:		Geb.:
Kindertageseinrichtung bzw. Schule		

Ich verpflichte mich, das Jobcenter AHA Kreis Soest umgehend darüber zu informieren, wenn das oben  
genannten Kind **NICHT** mehr am gemeinschaftlichen Mittagessen teilnimmt.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Antragstellers/in)

**Datenschutzrechtliche Einwilligung  
Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 28 SGB II**

Ich bin damit einverstanden, dass die/der genannte Kindertageseinrichtung, Schule /  
Leistungsanbieter, Träger, Verein etc. dem Jobcenter AHA Kreis Soest die für die  
Prüfung des Antrags auf Gewährung und Auszahlung der Leistungen für Bildung und  
Teilhabe erforderlichen Daten übermittelt.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Ich werde dem Jobcenter unverzüglich  
alle Änderungen mitteilen, die Auswirkungen auf die Leistung haben können.

Meine Einwilligung in die Weitergabe von Daten habe ich freiwillig abgegeben. Sie  
kann verweigert oder jederzeit gegenüber dem Jobcenter widerrufen werden.

Die untenstehenden Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Bei Minderjährigen Unterschrift des  
gesetzlichen Vertreters

**Hinweise zum Datenschutz**

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis gemäß § 35 SGB I. Ihre Angaben werden für die Leistungen  
nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII),  
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), Wohngeldgesetz (WoGG) bzw. Bundeskindergeldgesetz  
(BKGG) erhoben.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Bildungs- und Teilhabeleistungen erforderlichen  
Daten kann durch die in den o. g. Gesetzen näher bestimmten Sozialleistungsträger erfolgen.

**Vom Anbieter auszufüllen:**  
**(pro Kindergarten-/Schuljahr)**

BG-Nr.:		
Name des Kindes:		Geb.:

Das o.g. Kind nimmt im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung teil:

\_\_\_\_\_  
(Name der Kindertageseinrichtung/Schule)

\_\_\_\_\_  
(Name des Anbieters der Mittagsverpflegung)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift des Anbieters der Mittagsverpflegung)

\_\_\_\_\_  
(Name und Telefonnummer eines Ansprechpartners des Anbieters der Mittagsverpflegung)

Die Abrechnung der Kosten erfolgt  spitz oder  pauschal.

Die Kosten hierfür betragen \_\_\_\_\_ Euro am  Tag oder im  Monat

Bei einer Spitzabrechnung ist eine gesonderte Rechnungstellung erforderlich, die die Anzahl der Mittagessen im Abrechnungszeitraum enthält. Die Abrechnung sollte monatlich spätestens vierteljährlich erfolgen.

Die Abrechnung erfolgt pauschal für \_\_\_\_\_ Monate in der Kindertageseinrichtung/Schule.

Folgende Monate sind beitragsfrei: \_\_\_\_\_

Zur direkten Abrechnung der Kosten wird um Überweisung auf das folgende Konto (Anbieter der Mittagsverpflegung / der Kindertageseinrichtung / des Trägers etc.) gebeten:

IBAN		BIC	
Kreditinstitut			
Kontoinhaber			

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Anbieters der Mittagsverpflegung

**Hinweis: Um den Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe möglichst zeitnah bearbeiten zu können, wird darum gebeten, diese Anlage vollständig auszufüllen.**