

## Bestätigung zur Bewilligung von Teilhabeleistungen gem. § 28 Abs. 7 SGB II

zur Vorlage beim Jobcenter Miltenberg – Bildung und Teilhabe –  
(z.B. Sportverein, Musikschule, ggf. Mittagsbetreuung etc.)  
Höhe: 15 Euro monatlich für Leistungsberechtigte unter 18 Jahren

Eingangsstempel

für das Kind (von der/ von dem Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
<b>Angaben zur/ zum Erziehungsberechtigten:</b>			
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	BG-Nr.	<input type="text"/>
Name des Leistungsanbieters/Trägers	<input type="text"/>		

Ich bin damit einverstanden, dass das Jobcenter Miltenberg die zur Prüfung des Anspruchs erforderlichen Informationen einholt und entbinde den Verein bzw. den sonstigen Leistungsanbieter hierzu von ihrer Schweigepflicht.

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, dass der vom Jobcenter Miltenberg bewilligte Betrag von den Teilhabeleistungen meines Kindes abgerechnet wird und stimme zu, dass die Auszahlung direkt an den jeweiligen Leistungsanbieter vorgenommen wird (Erstattungen sind nur nach Vorlage von Zahlungsnachweisen möglich).

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

## Bestätigung des Leistungsanbieters / Trägers (vom Leistungsanbieter / Träger auszufüllen)

Name des Leistungsanbieters / Trägers	<input type="text"/>		
Straße, Hs.-Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Ansprechpartner/in	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Bankverbindung des Leistungsanbieters / Trägers			
Kontoinhaber	<input type="text"/>		
Name des Kreditinstituts	<input type="text"/>		
IBAN	<input type="text"/>		
BIC	<input type="text"/>		

### Hiermit wird bestätigt, dass das Kind

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

seit dem (Datum)

an folgendem Angebot teilnimmt:

Bemerkungen

Höhe des Beitrages  Euro  einmalig  monatlich  vierteljährl.  halbjährl.  jährlich

Der Beitrag ist fällig am:

Der Beitrag wurde bezahlt am:

Der Beitrag ist offen  ja  nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungsanbieters