



2

Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 28 SGB II
- Teilhabeleistungen - Bescheinigung des Veranstalters -

Jobcenter
Märkischer Kreis

BG Nummer:

**Bitte mit dem Antrag auf Teilhabe einreichen
oder nachreichen.**

betroffenes Kind

Name des Kindes / des Schülers / der Schülerin, Vorname	Anschrift	Geburtsdatum

Leistungsanbieter

Name des Vereins, Verbandes, der Institution	Ansprechpartner	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (freiwillige Angabe)	Email (freiwillige Angabe)	

Es wird bestätigt, das die oben genannte Person an unserem Angebot

teilnehmen wird teilnimmt teilgenommen hat Datum: am/von _____ bis _____

Bei (Vereins-)Mitgliedschaften: Die Mitgliedschaft besteht

Die Mitgliedschaft bestand von _____ bis _____

Art des Angebotes (kurze Beschreibung)

Die Kosten betragen / betragen

einmalig _____ €

regelmäßig _____ € / Monat beginnend mit dem Monat _____

Die entstehenden / entstandenen Kosten wurden bereits ganz bezahlt teilweise bezahlt; Betrag: _____ €

Die entstehenden / entstandenen Kosten sollen überwiesen werden an

Kontoinhaber (Anbieter)	
Bankverbindung – Name Kreditinstitut	
IBAN	BIC

Hinweis: Die pro Person zur Verfügung stehenden Mittel sind auf 10 € pro Monat begrenzt. Die hier bestätigten Kosten können nur insoweit übernommen werden, als noch Mittel zur Verfügung stehen.

Datum

Unterschrift/Stempel des Anbieters
