



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	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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_