

## A 7 – Kostenübernahmeerklärung der Leistungen der Bildung und Teilhabe

_____	_____
zuständiger Leistungsträger	Anschrift des zuständigen Leistungsträgers

Ausstellungsdatum:

Hinweis: Diese Kostenübernahmeerklärung verliert mit Ablauf eines Monats ab dem Ausstellungstage die Gültigkeit.

Für die folgend genannte Person:

\_\_\_\_\_

Name	Vorname	Kundennummer / Aktenzeichen
------	---------	-----------------------------

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum	Anschrift
--------------	-----------

übernehme ich nach Prüfung der Leistungsvoraussetzungen entsprechend

§§ 28, 29 Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)

§§ 34, 34a Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

§ 6b Bundeskindergeldgesetz (BKGG)

die folgenden Leistungen der Bildung und Teilhabe:

- eintägiger Schulausflug**
- mehrtägige Klassenfahrt**
- angemessene Lernförderung**
- gemeinschaftliche Mittagsverpflegung**
- Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben**

Die Leistung wird erbracht als **Direktzahlung an den Leistungsanbieter.**

Die Leistungshöhe beträgt  einmalig Euro  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ monatlich Euro.

### **Abschlusshinweis / Belehrung:**

Diese Kostenübernahmeerklärung wurde auf Antrag des Leistungsberechtigten erstellt und bezieht sich auf einen geprüften Leistungsanspruch in oben genannter Höhe. Die sich hieraus ergebende tatsächliche Kostenübernahme kann jederzeit ganz oder teilweise gegenüber dem Leistungsberechtigten widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stempel