

Antrag auf Lernmittelbefreiung_____
für das Schuljahr

Antragstellerin / Antragsteller *

Name_____
Vorname_____
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

* Bei Geschwisterkindern, ab dritten Kind, verwenden Sie bitte den „Antrag auf Erstattung von 50% bei Geschwisterkindern“.

Schülerin / Schüler_____
Name_____
Vorname_____
Straße, Hausnummer, Postleitzahl,_____
Ort Besuchte Schule (Schulform, Schultyp)_____
Klasse_____
Anschrift der besuchten Schule**Das o. g. Kind erhält zum 01.08. diesen Jahres**

- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem dritten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe oder
- Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld nach Kapitel 3 Abschnitt 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende

Datum_____
Hiermit bescheinige ich die Richtigkeit meiner Angaben/ Unterschrift Antragsteller/ -in

Bankverbindung des Antragstellers/ -in

(Ohne die Bankverbindung ist ebenfalls keine abschließende Bearbeitung möglich!)

Geldinstitut

Kontoinhaber/ -in

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift des Antragstellers/-in

Kontoinhaber/ -in**Folgende Anlagen lege ich bei:**

(Ohne diese ist eine abschließende Bearbeitung nicht möglich!)

- Schulbuchzettel, Quittung vom Buchhandel
- Bescheid zur laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz
- Bescheid für ALG II oder Sozialgeld nach Kapitel 3 Abschnitt 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch