

**Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe (BuT)\***  
- Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben -

Antragstellerin / Antragsteller (bzw. gesetzliche/r Vertreter/in des Kindes / Jugendlichen)			
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift der Antragstellerin / des Antragstellers			
<b>Wohngeld-Nr. / Nummer der BG:</b>		<b>BuT-Nr.</b>	
<b>Kind</b>	Name	Vorname	Geburtsdatum
Angaben zur Aktivität			
<b>Das o.g. Kind bzw. der/die o.g. Jugendliche nimmt im Zeitraum</b>			
<input type="checkbox"/> vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> ab _____ an folgenden Aktivitäten teil: _____			
Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und erkläre, dass ich keinen weiteren Antrag auf Bildung und Teilhabe bei einem anderen Leistungsträger gestellt habe. Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67 a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen auf Bildung und Teilhabe erhoben. Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass der Sozialleistungsträger die erforderlichen Daten beim Leistungsanbieter einholt und entbinde deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht. Die Zustimmung wird freiwillig abgegeben. Ein Widerruf der Erklärung ist jederzeit möglich.			
Ort / Datum	Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller	Unterschrift des gesetzl. Vertreters bei minderjährigen Antragstellern	

Vom Leistungsanbieter / Verein auszufüllen						
Name Leistungsanbieter / Verein						
Adresse Leistungsanbieter / Verein						
Ansprechpartner						
Telefonnummer für Rückfragen						
E - Mail - Adresse						
Höhe des Beitrages	_____ €	<input type="checkbox"/> einmalig	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1/4 jährlich	<input type="checkbox"/> 1/2 jährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
Fälligkeitstermin des Beitrags	_____ (Datum der Abbuchung/des Beitragseinzugs)					
Bankverbindung des Leistungsanbieters / Vereins:	Name der Bank					
	IBAN: DE _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _			BIC: _ _ _ _ _ _   _ _ _ _		
Ort, Datum	Unterschrift Leistungsanbieter / Vereinsvertreter			Stempel des Leistungsanbieters / Vereinsvertreters		

\* zur Vorlage beim Amt für Soziales am Landratsamt Schweinfurt, Schrammstr. 1, 97421 Schweinfurt