STADT HOHEN NEUENDORF

Antrag auf Erstattung von Mittagsmahlzeiten

Stadtverwaltung Hohen Neuendorf
FB Soziales
Kita, Schule und Bibliotheken
Oranienburger Straße 2
16540 Hohen Neuendorf

Schule: _____

Kind	**Antragsteller/in**
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
O *männlich* O *weiblich*	Straße, Haus-Nr.:
Geburtsdatum:	PLZ, Wohnort:
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Wohnort:	

Kontoinhaber:	IBAN:
Bankinstitut:	BIC:

Ich beziehe folgende Leistungen: (bitte ankreuzen)

- Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit O ja O nein
- Einkommen aus selbständiger Arbeit O ja O nein
- Arbeitslosengeld II O ja O nein
- vergleichbare oder zusätzlich Leistungen O ja O nein

wenn ja, welche? _____ (z.B.: Wohngeld, Unterhalt, Rente)

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Nachweis über die bezahlten Mittagsmahlzeiten
- Nachweis über die gesamten Einkünfte für den Antragszeitraum

---

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort,_____ Datum:_____

_____

Unterschrift der /des Personensorgeberechtigten.