



## Rückmeldung zu Bildungs- und Teilhabeleistungen des Bundes und zum Sozialfond des Landes Brandenburg

Name, Vorname des Schülers / der Schülerin: \_\_\_\_\_

Jahrgangsstufe/Klasse: \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigter/Sorgeberechtigter/gesetzlicher Vertreter

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir Hilfe und/oder nachfolgende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem dritten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetz – **Sozialhilfe** – oder **Arbeitslosengeld II** oder **Sozialgeld** nach Kapitel 3 Abschnitt 2 des Zweiten Sozialgesetzbuches – **Grundsicherung für Arbeitsuchende** oder **Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz** oder **Kinderzuschlag** oder **Wohngeld** erhalten.

Ich erhalte keine der o. g. Leistungen, aber:

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir in eine **finanzielle Notlage** geraten bin/sind und/**oder in absehbarer Zeit geraten werde**. Hierzu zählen:

- schwere Erkrankung eines Erziehungsberechtigten, für den noch keine öffentlichen weiteren Leistungen greifen
- Unfall
- Eintritt einer Behinderung
- Trennung der Eltern
- Todesfall
- Einnahmeausfälle bei Selbstständigkeit der Eltern oder Wohnungsverlust
- drohende Arbeitslosigkeit und/oder Kurzarbeit
- Ausbleiben von Unterhaltszahlungen bei Alleinerziehenden
- Sonstiges, z. B.: \_\_\_\_\_

**Ein schriftlicher Nachweis der finanziellen Notlage ist nicht notwendig.**

Keiner der o.g. Punkte trifft zu. Ich benötige **keine** Unterstützung.

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der übermittelten Daten dienen ausschließlich dem Zweck der Beantragung von Mitteln aus dem Sozialfond Brandenburg und werden nicht an Dritte weitergegeben.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der Eltern bzw. gesetzl. Vertreter