

Adressdaten der zuständigen Stelle im Amt für Soziale Arbeit:

LANDESHAUPTSTADT



Leistungen zur sozialen und kulturellen Teilhabe

(Von der Antragstellerin/dem Antragsteller auszufüllen)

Beantragt wird Teilhabeleistung für **die/den Leistungsberechtigte/n**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte tragen Sie hier das Ihnen bekannte Aktenzeichen/Organisationszeichen ein:

(Vom Verein/Leistungsanbieter auszufüllen)

Aktivität

Name des Vereins/Leistungsanbieters

Adresse des Vereins/Leistungsanbieters

Telefonnummer

Höhe des Beitrags

Euro monatlich ¼ jährlich ½ jährlich jährlich

Bankverbindung

Name der Bank: _____

Kontonummer/IBAN: _____

BLZ/BIC: _____

Ort/Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers (bzw. bei Minderjährigen der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)	Ort/Datum	Unterschrift Vereinsvertreter/in und Stempel des Vereins/Leistungsanbieters