

## Bestätigung des Anbieters sozialer und kultureller Teilhabeangebote

<b>Angaben zur teilnehmenden Person / Mitglied</b> <b>(Person bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)</b>			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:	Ort:
(bitte zutreffendes Ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> SGB II <input type="checkbox"/> SGB XII <input type="checkbox"/> Wohngeld / Kinderzuschlag <input type="checkbox"/> AsylbLG			
<b>BG-Nr./Aktenzeichen, falls bekannt:</b> _____			
<b>Angaben des Anbieters:</b>			
Name/Bezeichnung:			
Straße:	Hausnr.:	PLZ:	Ort:
<b>Angaben zu einem persönlichen Ansprechpartner / einer persönlichen Ansprechpartnerin:</b>			
Name:	Telefonnummer:	E-Mail:	
<b>Angaben zur Mitgliedschaft / Teilnahme:</b>			
(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. entsprechende Angaben eintragen)			
Die o.g. Person			
<input type="checkbox"/> Ist seit dem _____ und voraussichtlich bis zum _____ Mitglied.			
<input type="checkbox"/> Nimmt am _____ an der Veranstaltung _____ teil.			
Für die Mitgliedschaft / Teilnahme fallen folgende Kosten an:			
_____ Euro <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich			
<input type="checkbox"/> einmalig			

Die Richtigkeit sämtlicher Angaben wird bestätigt:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel des Anbieters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift