



--

EINGANGSVERMERK
Tag der Antragstellung

Lernförderbedarf - Bestätigung des Anbieters

Bildung und Teilhabe

Allgemeine Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname	Aktenzeichen/Bedarfsgemeinschaftsnummer
Anschrift	

Angaben zur Schülerin/zum Schüler

Name, Vorname	Geburtsdatum
Schule	Klassenstufe

Vom Anbieter auszufüllen!

Es handelt sich um reine Lernförderung – keine Therapie bei Legasthenie/Dyskalkulie.
Für die Schülerin/den Schüler besteht das nachstehende Angebot zur Lernförderung

Unterrichtsfach	Stunden pro Woche	Unterrichtsfach	Stunden pro Woche

Zeitraum von _____ bis _____

Kosten der Lernförderung

	Einzelunterricht	Gruppenunterricht
<input type="checkbox"/> 45 min	EUR _____	EUR _____
<input type="checkbox"/> 60 min	EUR _____	EUR _____
<input type="checkbox"/> 90 min	EUR _____	EUR _____

Leistungsanbieter

Die Lernförderung wird durchgeführt durch

Name _____

Anschrift _____

Bankverbindung des Leistungsanbieters

Name des Kontoinhaber _____

Bezeichnung des Kreditinstituts _____

IBAN _____ BIC _____

Verwendungszweck _____

Ansprechpartner und Bestätigung durch den Leistungsanbieter

Frau/Herr _____ Telefon _____

Ort, Datum _____ Stempel/Unterschrift des Leistungsanbieters _____