

Magistrat der Hochschulstadt Idstein
Amt für Soziales, Jugend und Sport
- Abteilung 30 -
König-Adolf-Platz 2
65510 Idstein

Antrag auf freiwillige Leistungen nach den Richtlinien des Sozialfonds der Hochschulstadt Idstein

- für Bürgerinnen und Bürger, mit Hauptwohnsitz in Idstein -

*Anträge, die nicht vollständig ausgefüllt werden, können nicht berücksichtigt werden.
Sämtliche Angaben, die nicht die zu fördernde Person betreffen, werden ausschließlich zu statistischen Zwecken erhoben.*

I. Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: m w

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift: _____

Familienstand:

Ledig Verheiratet Getrennt lebend Geschieden Verwitwet

Partner/in:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

II. Einkommen

Aktueller Erwerbsstatus:

Schüler/in Student/in Auszubildende/r Angestellte/r

Rentner/in Selbstständige/r Erwerbslos Sonstiges

Monatliches Einkommen aus:

Erwerbseinkommen Renten Bürgergeld

Arbeitslosengeld/ALG II Grundsicherung Kindergeld

Elterngeld Wohngeld Sonstiges Einkommen

Durchschnittliches monatliches Gesamteinkommen (netto) des Haushaltes: _____ €

III. Antragsgrund

Nicht förderfähig sind Maßnahmen, die durch bestehende Träger oder Körperschaften des öffentlichen Rechts im Rahmen eines Regelantragsverfahren gefördert, bezuschusst oder gesetzlich getragen werden.

Antragsgrund (bitte Sachverhalt erläutern):

Kostenaufstellung

Benötigte Leistung (bitte ausführlich erläutern):

Erforderliche Nachweise (z.B. Kontoauszüge, Ablehnungsbescheide, Sperrandrohungen etc.), aus denen sich die Notlage oder Bedürftigkeit ergibt, sind dem Antrag beizufügen.

Ich bestätige, dass ich alle mir zugänglichen Finanzierungsmöglichkeiten und Hilfeleistungen ausgeschöpft habe. *(Bitte Nachweise vorlegen.)*

IV. Kontoverbindung

Empfänger:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Hiermit bestätige/n ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Ich/wir nehme/n zur Kenntnis, dass im Falle von falschen Angaben, die Leistung aus dem Sozialfonds der Hochschulstadt Idstein, anteilig oder in voller Höhe zurückgefordert wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

des Ehegatten/Partners

V. Entbindung von der Schweigepflicht - Einverständniserklärung

Hiermit entbinde ich alle Behörden und Einrichtungen, insbesondere Leistungsträger nach den Sozialgesetzbüchern I bis XIV, von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber den Mitarbeitern des zuständigen Fachamtes der Hochschulstadt Idstein und umgekehrt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten vom zuständigen Fachamt der Hochschulstadt Idstein unter Beachtung des Datenschutzgesetzes (DSG) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Weiterhin bestätige ich hiermit, dass die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Weiterleitung meiner persönlichen Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Alle über mich erteilten Daten dürfen ausschließlich im Rahmen der Bearbeitung meines Antrags auf freiwillige Leistungen aus dem Sozialfonds der Hochschulstadt Idstein verwendet werden. Im Falle meines schriftlichen Widerrufs oder nach Abschluss der Maßnahme erlischt die Entbindung von der Schweigepflicht.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers des Ehegatten/Partners