

Leistungsträger	Datum: Bearbeiter/in AZ:
-----------------	--------------------------------

Bestätigung der Schule über die Notwendigkeit von Lernförderung Allgemeinbildende Schulen in Niedersachsen

- § 28 Abs. 5 SGB II
- § 34 Abs. 5 SGB XII
- § 6 b Abs. 2 BKGG i. V. m. § 28 Abs. 5 SGB II

Schüler/in	
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift

Schule	
Bezeichnung	Anschrift

Von den Erziehungsberechtigten bzw. Leistungsberechtigten auszufüllen	
Einwilligung	
Mit der Antragstellung auf Gewährung von Lernförderung willige ich in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung der zur Bearbeitung der Bestätigung der Schule erforderlichen persönlichen Daten und Angaben durch bzw. an die Schule ein. Ich entbinde insoweit die mit der Bearbeitung befassten Bediensteten von der Pflicht zur Verschwiegenheit.	
Datum	Unterschrift

Von den Erziehungsberechtigten bzw. Leistungsberechtigten auszufüllen	
Für die o. g. Schülerin/ den o. g. Schüler wird Lernförderung beantragt	
in der Klassenstufe _____	
im Fach/ in den Fächern _____ / _____	

Von der Schule auszufüllen		
Zutreffendes bitte ankreuzen	Ja	Nein
Fach/Fächer _____		
1. Ist der Erwerb von wesentlichen Kompetenzen gefährdet? (Indikatoren: z.B. Gefährdung der Versetzung oder kein ausreichendes Leistungsniveau in einzelnen Fächern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hat die Schülerin/ der Schüler Deutschkenntnisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen	Ja	Nein
3. Besteht eine positive Prognose, die wesentlichen Kompetenzen im Falle von Lernförderung zu erwerben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die Leistungsschwäche auf unentschuldigte Fehlzeiten oder anhaltendes Fehlverhalten oder Nichtteilnahme an außerunterrichtlichen Angeboten der Schule zurückzuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind geeignete kostenfreie schulische Angebote hinsichtlich des festgestellten Lernförderbedarfs vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlung der Schule*		
<input type="checkbox"/> Einzelförderung <input type="checkbox"/> Gruppenförderung		
<input type="checkbox"/> 1 Stunde/ Woche <input type="checkbox"/> 2 Stunden/ Woche		

Von der Schule auszufüllen	
Ansprechpartner/in für Rückfragen ist Frau/ Herr _____ Tel. _____ _____ Unterschrift der Klassenlehrerin/ des Klassenlehrers	Ort, Datum Stempel der Schule

* Die Empfehlung der Schule gilt in der Regel für den Bewilligungszeitraum, also sechs Monate. Falls die Schule eine kürzere Dauer der außerschulischen Lernförderung empfiehlt, ist dies ausdrücklich zu vermerken.