

**Mehrbedarf für gemeinschaftliche Mittagsverpflegung
gem. § 42 b Abs. 2 SGB XII (i. d. Fassung ab 01.01.2020)**

Vorname:	_____
Name:	_____
Anschrift:	_____
Geburtsdatum:	_____

Zur Berechnung, ob und in welcher Höhe Ihnen der Mehrbedarf zusteht, werden folgende Angaben benötigt:

1. Ich bin beschäftigt in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung
 - im Eingangsbereich
 - im Berufsbildungsbereich
 - im Arbeitsbereich
2. Ich habe eine
 - 5-Tage-Arbeitswoche
 - 4-Tage-Arbeitswoche
 - 3-Tage-Arbeitswoche
 - 2-Tage-Arbeitswoche
 - 1-Tage-Arbeitswoche
3. Anbieter des gemeinschaftlichen Mittagessens: _____
4. Ort der Einnahme des gemeinschaftlichen Mittagessens: _____
5. Ich nehme an dem von der Werkstatt angebotenen gemeinschaftlichen Mittagessen
 - grundsätzlich teil.
 - nur an _____ Tagen pro Woche teil.
 - nicht teil.
6. Geplant sind folgende Abwesenheitszeiten: _____

Die Vereinbarung bzw. der Vertrag über die Teilnahme am Mittagessen in der WfbM oder anderen tagesstrukturierenden Einrichtungen habe ich beigelegt.

Wichtiger Hinweis zur Gewährung des Mehrbedarfes bei gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung

Bitte beachten Sie, dass Sie uns grundlegende Änderungen bezüglich der Inanspruchnahme der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung umgehend mitteilen müssen.

Dies können z. B. folgende Gründe sein:

- Änderung der wöchentlichen Arbeitstage in der Werkstatt
- Entscheidung, dass nicht mehr oder an weniger Tagen an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung teilgenommen wird
- längere Abwesenheiten (z. B. aufgrund von Krankheit, Kur- oder Krankenhausaufenthalten, Schließungszeiten etc.) – ab zwei Wochen

Ich habe diesen Hinweis zur Kenntnis genommen und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift(en) Antragsteller/in bzw.
gesetzliche/r Vertreter/in

Erklärung zur **Direktzahlung** von Leistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes:

Mehrbedarf für Mittagessen nach § 42 b Abs. 2 SGB XII

Ich mache von meinem Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 Abs. 2 S. 1 SGB XII Gebrauch und erkläre mich damit einverstanden, dass die mir zustehenden Leistungen **nach § 42 b Abs. 2 SGB XII für die Aufwendungen für die Mittagsverpflegung in der Werkstatt für behinderte Menschen bzw. anderer Einrichtung** direkt an

Bezeichnung des Leistungserbringers

Bankverbindung (IBAN und BIC)

(Verwendungszweck)

überwiesen werden, **sofern die Leistungshöhe ausreicht.**

Ja

Nein

Wenn die vom Anbieter tatsächlich geforderten Kosten von den gesetzlichen Pauschalbeträgen abweichen, soll der tatsächliche Betrag in voller Höhe an den Anbieter gezahlt werden, und die Differenz von dem mir zustehenden Regelbedarf abgezogen werden.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten sowie eine direkte Kommunikation mit meinem jeweiligen Leistungserbringer bzw. Vertragspartner (telefonisch, schriftlich durch Übersendung von Unterlagen auch per Fax) erfolgen darf.

Ja

Nein

Ich habe das Recht, diese Einwilligungserklärung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax erfolgen.

Datum

Unterschrift(en) Antragsteller/in bzw.
gesetzliche/r Vertreter/in