



Gesuch für die Ausrichtung eines

Stipendiums

Studiendarlehens (rückzahlbar)

Für die Gewährung von Ausbildungsbeiträgen ist in erster Linie die kantonale Stipendienstelle zuständig:

Departement Bildung, Kultur und Sport, Fachstelle Stipendien, Kasernenstrasse 21, 5001 Aarau, Telefon 062 835 22 70 / Fax 062 835 22 79 / www.ag.ch/stipendien

Einzureichen mit den erforderlichen Beilagen gemäss Ziffer 6, bis spätestens 31. Dezember an den Dienstleistungsbetrieb Gemeinde Oftringen, Soziale Dienste, Lindenhofstrasse 19, 4665 Oftringen

1. Personalien

| | | | |
|----------------------------|--|------------|--|
| Name, Vorname | | | |
| Postadresse | | | |
| Geburtsdatum | | Zivilstand | |
| Heimatort / Heimatland | | | |
| Wohnhaft in Oftringen seit | | | |
| Telefonnummer | | | |
| E-Mail-Adresse | | | |

2. Familienverhältnisse

Name und Beruf des Vaters

Name und Beruf der Mutter

Adresse der Eltern

Geschwister in der Ausbildung

Vorname, Jahrgang

Vorname, Jahrgang

Vorname, Jahrgang

3. Absolvierte Schulen / Ausbildungen / Erwerbstätigkeiten

| | | | | |
|----------------------------|-------|--|-----|--|
| Primarschule | Jahre | | Ort | |
| Sekundarschule | Jahre | | Ort | |
| Bezirksschule | Jahre | | Ort | |
| Kantonsschule | Jahre | | Ort | |
| | Jahre | | Ort | |
| Lehre als | | | | |
| Lehrdauer | von | | bis | |
| Lehrfirma / Lehrort | | | | |
| Bisherige Erwerbstätigkeit | | | | |
| Erwerbsdauer | von | | bis | |
| Arbeitgeber / Arbeitsort | | | | |

4. Ausbildungsziel

Art des Studiums/der Ausbildung

Name/Adresse der Lehranstalt/Schule

Dauer der Ausbildung

| |
|--|
| |
| |
| |

5. Ausbildungsbeiträge

Erhalten/erwarten Sie von anderer Seite Stipendien?

Wenn ja, von Wem?

Wieviel im Jahr?

| |
|--|
| |
| |
| |

6. Erforderliche Unterlagen

- Zeugnisse/Ausweise über den bisherigen Bildungsgang
- Bestätigung der Schule, für welche Ausbildungsbeiträge beantragt werden
- Kostenvoranschlag für das Studienjahr
- Stipendienentscheid des Kantons Aargau
- Kontoangabe für die Auszahlung
- Nachweis über den Besuch der Ausbildung

Er werden nur vollständig ausgefüllte und mit allen erforderlichen Beilagen versehene Gesuche entgegen genommen.

| | |
|--|---|
| Die Richtigkeit dieser Angaben bescheinigt: | Der Gesuchsteller / die Gesuchstellerin bzw. der / die gesetzliche Vertreter/in: |
| Ort, Datum | Unterschrift |