

Landkreis Spree-Neiße
Fachbereich Schule und Kultur

Antrag - Schülerbeförderung ÖPNV/PKW

Schüler und Auszubildende an beruflichen Schulen

Schuljahr 2 0 .. / 2 0 ..

Antrag bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Auszubildende/ Schülerin Auszubildender/ Schüler

Name: _____		Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____		Klasse: _____	Telefon-Nr.: _____
PLZ und Wohnort: _____ (Hauptwohnsitz)		Ortsteil: _____	
Straße- und Hausnummer: _____			
Datum, bis wann die Aufenthaltsgestattung oder -duldung gilt: _____ (als Nachweis Kopie des Aufenthaltstitels beifügen!)			
Ausbildungsberuf: _____		Ausbildungszeitraum von: _____ bis: _____	
Bezeichnung der Ausbildung:	<input type="checkbox"/> Fachoberschule 1 jährig	<input type="checkbox"/> Fachoberschule 2 jährig	
	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule (Duales System)	
	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule (Duales System) mit Abitur		
	<input type="checkbox"/> Gymnasiale Oberstufe		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____ (bitte benennen)		
Schule: _____			
Schulteil: _____			
Name und Anschrift des Ausbildungsbetriebes: _____ (vertragsschließender Betrieb/ Ausbildungsstätte bei Auszubildenden - Die Kopien des Ausbildungsvertrages sowie der Turnus-/Organisationspläne bitte beifügen!)			

Name und Anschrift des Fachpraktikumbetriebes: _____ (FOS, BFS, GOST, Sonstige - Die Kopien des Praktikumsvertrages oder der Schulbescheinigung sowie der Turnus-/Organisationspläne bitte beifügen!)			

Eltern/Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte Herr Frau

Name: _____		Vorname: _____	
Telefon-Nr.: _____			
PLZ und Wohnort: _____		Ortsteil: _____	
Straße- und Hausnummer: _____			
<input type="checkbox"/> HzE/Heimunterbringung	<input type="checkbox"/> Pflegefamilie		

Hiermit beantrage/n ich/wir eine Fahrkostenerstattung für:

- die tägliche Fahrt zur Schule und zurück mit öffentlichen Verkehrsmitteln

von: _____ bis: _____

- die tägliche Fahrt zur Schule und zurück mit privatem Fahrzeug

von: _____ bis: _____

- die wöchentliche Familienheimfahrt

- mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit privatem Fahrzeug

von: _____ bis: _____

Hiermit beantrage/n ich/wir die Ermäßigung der Eigenbeteiligung laut der aktuellen Satzung über die Schülerbeförderung:

	Ja	Nein
- Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Empfänger von Leistungen nach dem SGB II (ALG II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Empfänger von Leistungen nach dem Wohngeldgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Empfänger von Kinderzuschlag nach dem Bundeskindergeldgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Wenn Ja angekreuzt wurde, bitte die Kopie des Bescheides beifügen!)

Hinweis gemäß §§ 4, 9, 12, 13 Brandenburgisches Datenschutzgesetz:

Die umstehenden Daten werden zur Bearbeitung der Fahrkostenansprüche und zur Ausstellung einer Schülerzeitkarte gespeichert und genutzt, sowie zur Anfertigung dieser Schülerzeitkarte an die zuständigen Verkehrsunternehmen weitergeleitet.

Versicherung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben durch den Antragsteller:

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Tatsachen verschwiegen wurden, die für den Anspruch maßgebend sind. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen (z.B. ausgegebene Fahrkarten oder erstattete Fahrtkosten) zurückzahlen muss. Eine Fahrkostenübernahme kann auch eingestellt werden, wenn die nach den Beförderungsrichtlinien geforderten Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse sofort und unaufgefordert dem Fachbereich Schule und Kultur mitzuteilen. Ich bin darüber informiert, dass personenbezogene Daten aufgrund der Datenschutzgesetze zur Berechnung und Zahlbarmachung von Leistungen in einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

Ort/Datum	Unterschrift des Personensorgeberechtigten/ volljährigen Schülers	Stempel/Unterschrift der Unterkunftseinrichtung	Stempel/Unterschrift der besuchten Schule
-----------	--	--	--