_____, den _____

An die Gemeindeverwaltung Steinhagen
Amt für Schulen, Jugend, Sport und Kultur
Am Pulverbach 25
33803 Steinhagen

Antrag auf Erstattung der Schülerfahrkosten für die Zeit vom _____bis_____

Antragsteller/in:

Name, Vorname :_____

Anschrift :_____

PLZ/Ort :_____

Bankverbindung:

IBAN :_____

Kontoinhaber/in :_____

Fahrkostenübernahme wird beantragt für:

Name, Vorname :_____

Schule :_____Klasse:_____

Benutztes Verkehrsmittel (bitte ankreuzen)

☐ Bahn ☐ Bus ☐ PKW
☐ Mofa, Moped ☐ Fahrrad

Mitfahrer/in (bei PKW):

1. Name, Vorname :_____
   Anschrift :_____
   Schule :_____Klasse:_____
2. Name, Vorname :_____
   Anschrift :_____
   Schule :_____Klasse:_____
3. Name, Vorname :_____
   Anschrift :_____
   Schule :_____Klasse:_____

Erstattung:

Entfernung zwischen Wohnung und Schule:_____km.

Die Fahrkostenübernahme für folgende Schultage wird beantragt:

Monat:_____Schultage:_____ / Monat:_____Schultage:_____

Monat:_____Schultage:_____ / Monat:_____Schultage:_____

Monat:_____Schultage:_____ / Monat:_____Schultage:_____

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist die Ausschlussfrist gemäß § 4 Absatz 2 Satz 3 der Schülerfahrkostenverordnung bekannt: Antragsfrist für das vergangene Schuljahr ist der 31. Oktober desselben Jahres.

_____ _____

Ort und Datum | Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Prüfvermerk der Schule

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

_____

Datum, Stempel der Schule und Unterschrift der Schulleitung

Berechnung des Schulverwaltungsamtes

1.) _____km pro Schultag á _____€ = _____€

_____km pro Schultag á _____€ = _____€ (Mitnahme)

Insgesamt = _____€

Gesamte Schultage:_____á _____€ = _____€

Für die Zeit vom _____ bis _____wird der Erstattungsbetrag auf _____ € festgesetzt.

2.) Auszahlungs-Anordnung fertigen (030__02/5291031)
3.) z.d.A.

Die Bürgermeisterin
Im Auftrag