

● Erstattung von vorgelegten Schülerfahrkosten

Schülerin Schüler

Name		Vorname	Geburtsdatum
PLZ und Wohnort		Straße und Hausnummer	
Klasse	Fachrichtung	Schule	

Konto

Bank/Sparkasse	IBAN	BIC
----------------	------	-----

Kontoinhaber/in

Name	Vorname
------	---------

Ort, Datum

Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Eltern/Erziehungsberechtigte Herr Frau

Name	Vorname	
PLZ und Wohnort	Straße und Hausnummer	Telefon (freiwillig)

Angaben zur Festsetzung des Eigenanteils

Der/die o.g. Schüler/in bezieht laufend Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	für den/die o.g. Schüler/in hat die Beschreibung des Amtes für Soziales und Wohnen für die Befreiung vom Eigenanteil nach dem Lernmittelfreiheitsgesetz in der Schule vorgelegen. Datum _____ Unterschrift des Schulsekretariats _____
---	---

Die Rückerstattung von vorgelegten Schülerfahrkosten ist nur bis zum Ablauf von drei Monaten nach Schuljahresende möglich.

Ich bin damit einverstanden, dass

- meine Angaben im Antrag auf Übernahme von Schülerfahrkosten verarbeitet werden.
- meine personenbezogenen Daten ausschließlich für den Zweck der Bewilligung und Abrechnung von Schülerfahrkosten verwendet werden.
- die Bescheinigung des Amtes für Soziales und Wohnen für die Lernmittelfreiheit zur Prüfung des Eigenanteils im Rahmen der Schülerkostenübernahme verwendet wird.
- folgende Angaben sowie deren Änderungen an die DVG übermittelt werden: Die Höhe des zu zahlenden Eigenanteils, der Bewilligungszeitraum, die Anschrift, die Kundennummer sowie die Nummer der Schule.

Erstattungszeitraum und -betrag

Wird vom Amt für Schulische Bildung ausgefüllt

Monat	Teilnahmetage	Betrag	Berechnung
			EUR
			EUR
			EUR
			EUR
			EUR
			EUR
		Gesamtbetrag	EUR

Die Schülerin/der Schüler hat im Erstattungszeitraum

nicht gefehlt
 gefehlt von _____ bis _____

Schulstempel

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bzw. volljähr. Schülerin/Schülers