

## ● 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 Kontoinhaber/in 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
		<b>Gesamtbetrag</b>	EUR

### Die Schülerin/der Schüler hat im Erstattungszeitraum

nicht gefehlt  
 gefehlt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Schulstempel

Datum

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