

## Antrag auf Übernahme von Schülerfahrkosten

zur Schule  zur Praktikumsstelle

<b>Personalangaben</b>					
Name		Vorname		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich			
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	
<b>Bei Minderjährigen Name und ggf. abweichende Anschrift des Erziehungsberechtigten:</b>					
Name			Vorname		
<input type="checkbox"/> männlich			<input type="checkbox"/> weiblich		
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	

<b>Schuldaten</b>			
Name und Adresse der Schule			
Bildungsgang (genaue Bezeichnung)			Fachklassenschlüssel
Beginn:		Ende:	

<b>Für Praktikanten bzw. Schüler von Landes- und Bezirksfachklassen</b>			
Name und Anschrift des Praktikumsbetriebes bzw. des Ausbildungsbetriebes angeben (Bescheinigung des Praktikumsbetriebes ist beizufügen)			
Gilt nur für Praktikanten Eine Ausbildungsvergütung wird gezahlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Beginn:		Ende:	

<b>Schul-/Praktikumszeiten</b>			
Tage und Zeiten (von - bis)			
<input type="checkbox"/> Montag	Uhr	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> 14-Tägig
<input type="checkbox"/> Dienstag	Uhr	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> 14-Tägig
<input type="checkbox"/> Mittwoch	Uhr	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> 14-Tägig
<input type="checkbox"/> Donnerstag	Uhr	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> 14-Tägig
<input type="checkbox"/> Freitag	Uhr	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> 14-Tägig
<input type="checkbox"/> Samstag	Uhr	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> 14-Tägig

<b>Antragsbegründung</b>	
<input type="checkbox"/> Der einfache Fußweg von der Wohnung bis zur Schule/Praktikumsstelle ist länger als 5 km. <input type="checkbox"/> Der Weg zur Schule/Praktikumsstelle ist besonders gefährlich bzw. ungeeignet (bitte erläutern). <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gründe (bitte erläutern und ärztl. Bescheinigung - Formblatt – beifügen) <input type="checkbox"/> Behinderung (bitte Nachweis vorlegen).	

## Beförderungsart

Ich beantrage die Übernahme von Schülerfahrkosten durch

- Ausstellung einer Schülermonatskarte** für den Bereich des Verkehrsverbundes Rhein-Ruhr (Schoko-Ticket). Bestellschein für das SchokoTicket sowie die Abonnementbedingungen und die Einzugs-ermächtigung sind beigelegt.
- Ich erhalte laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII (Sozialhilfe). (Bitte einen Nachweis beifügen, soweit der Nachweis beim Schulträger noch nicht vorliegt. Der Nachweis verbleibt beim Schulträger.)

### Angaben zu weiteren anspruchsberechtigten, nicht volljährigen Geschwisterkindern:

Die nachfolgenden Angaben werden zur endgültigen Feststellung des Eigenanteils für o.g. Schüler/in benötigt, wenn in der Familie weitere Kinder allgemeinbildende Schulen, Sonderschulen oder einen anerkannten Bildungsgang des Berufskollegs (in der Regel Vollzeitklasse) besuchen und einen Anspruch auf ein ermäßigtes SchokoTicket haben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule	Eigenanteil

- Erstattung der mir entstehenden Kosten** bei
- Fahrten innerhalb des Bereichs des Verkehrsverbundes (z. B. Blockpraktikum)
  - Fahrten außerhalb des Bereichs des Verkehrsverbundes Rhein-Ruhr

**Nutzung eines Privatfahrzeuges**

- Fahrrad    Moped/Motorrad    Pkw, Kennzeichen \_\_\_\_\_

Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist mir aus folgenden Gründen nicht zumutbar:

---

---

---

---

(Soweit Fahrzeiten der Verkehrsgesellschaften zur Begründung herangezogen werden bitte ich diese durch eine "Fahrplanauskunft" zu belegen).

Ich versichere, dass ich den Antrag wahrheitsgemäß ausgefüllt habe und mir von anderer Stelle (Gemeinde, LVA usw.) keine Fahrkosten erstattet werden. Ich verpflichte mich, eine ausgegebene Schülerfahrkarte sofort an den Verkehrsträger (Vestische Straßenbahnen GmbH, Westerholter Straße 550, 45701 Herten) zurückzugeben bei Umzug, Wechsel des Bildungsganges oder beim Verlassen der Schule. Ich bin darüber informiert worden, dass ein Ersatz (auch bei Diebstahl oder sonstigem Verlust) nicht geleistet wird. Mir ist bekannt, dass ich bei nicht rechtzeitiger Rückgabe der Schülerfahrkarte für den hieraus entstandenen Schaden hafte.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Schülers, bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten

## Bestätigung der Schule

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Die im vorstehenden Antrag gemachten Angaben zur Person, zur Schule, zum Praktikum und zu den Schul-/Praktikumszeiten werden bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Schulstempel

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

# SchokoTicket

## Bestellschein Abonnement für Anspruchsberechtigte

### Persönliche Angaben des Schülers/der Schülerin

Bitte schreiben Sie deutlich lesbar in Druckbuchstaben. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Familienname/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

### Wichtig für Rückfragen:

Mobilfunk- oder Festnetznummer (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

Geschlecht

Geb.-Datum

w

m

d

T T M M J J J J

Das SchokoTicket soll gelten ab: (Bitte unbedingt angeben)

Monat

Jahr

Straße/Hausnummer der Schule

Kundennummer (wird vom Verkehrsunternehmen ausgefüllt)

Bei Minderjährigen bitte Angaben der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters bzw. Vertragspartnerin/Vertragspartners (falls abweichend zur/zum Abonentin/Abonenten)

Familienname/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Mobilfunk- oder Festnetznummer (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

Geschlecht

Geb.-Datum

w

m

d

T T M M J J J J

Name der Schule

Postleitzahl/Ort der Schule

### Angaben zu weiteren anspruchsberechtigten, nicht volljährigen Geschwisterkindern

Diese nachfolgenden Angaben werden zur endgültigen Feststellung des Eigenanteils für o. g. Schüler/-in benötigt, wenn in der Familie weitere Kinder allgemeinbildende Schulen, Sonderschulen oder einen anerkannten Bildungsgang des Berufskollegs (i. d. Regel Vollzeitklasse) besuchen und einen Anspruch auf ein ermäßigtes SchokoTicket haben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule	Eigenanteil

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit ermächtige ich die Vestische Straßenbahnen GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Vestische Straßenbahnen GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin unterrichtet, dass die Vestische Straßenbahnen GmbH im Rahmen der Antragsprüfung eine Bonitätsprüfung des Kontoinhabers durch ein zulässiges Inkasso-Unternehmen durchführt. Bei einer negativen Auskunft gilt der Abo-Antrag als abgelehnt. Für die Bonitätsprüfung werden Name, Vorname, Anschrift und das Geburtsdatum an die Wirtschaftsauskunftei übermittelt. Das Ergebnis der Prüfung wird unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch das Verkehrsunternehmen maximal 6 Monate gespeichert.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber (Familienname/Vorname)

Postleitzahl/Wohnort

Kreditinstitut

IBAN (International Bank Account Number)

Wir verwenden Ihre persönlichen Daten zur Erfüllung dieses Vertrages.

Für weitere Informationen siehe Hinweise zum Datenschutz.

Die Tarifbestimmungen und die Abonnementbedingungen des VRR sowie die gesetzlichen Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.



T T M M J J J J

X

Ort, Unterschrift der Abonentin/des Abonenten

X

Ort, Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters bzw. der Vertragspartnerin/des Vertragspartners (falls abweichend zur/zum Abonentin/Abonenten)

Gläubiger-Identifikationsnummer (wird vom Verkehrsunternehmen ausgefüllt)

Stand: 01.2022

Bitte Rückseite beachten.

