

Antrag auf Übernahme von Schülerfahrkosten	
<input type="checkbox"/> zur Schule	<input type="checkbox"/> zur Praktikumsstelle

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

Schuldaten			
Name und Adresse der Schule			
Bildungsgang (genaue Bezeichnung)			Fachklassenschlüssel
Beginn:			Ende:

Für Praktikanten bzw. Schüler von Landes- und Bezirksfachklassen			
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:

Schul-/Praktikumszeiten			
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

Antragsbegründung
<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

Schulträger

DeutschlandTicket Schule

Bestellschein Abonnement für Anspruchsberechtigte

Persönliche Angaben des*der Schüler*in

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

Familiename/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Geb.-Datum
T T M M J J J J

Geschlecht*

w m d

(*Angabe freiwillig. Diese Angabe können Sie jederzeit bei Ihrem Verkehrsunternehmen widerrufen.)

Bei Minderjährigen bitte Angaben des*der gesetzlichen Vertreter*in bzw. Vertragspartner*in (falls abweichend zum*zur Abonent*in)

Familiename/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Geb.-Datum
T T M M J J J J

Geschlecht*

w m d

(*Angabe freiwillig. Diese Angabe können Sie jederzeit bei Ihrem Verkehrsunternehmen widerrufen.)

Das SchokoTicket soll gelten ab: (Bitte unbedingt angeben)

Monat Jahr

Straße/Hausnummer der Schule

Name der Schule

Postleitzahl/Ort der Schule

Oben aufgeführte Schüler*in erhalten laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach **SGB XII**:
Hilfe zum Lebensunterhalt § 19 Abs. 1 SGB XII / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung § 19 Abs. 2 SGB XII / Leistungen nach dem AsylbLG
(Bitte einen Nachweis beifügen, soweit der Nachweis beim Schulträger noch nicht vorliegt. Der Nachweis verbleibt beim Schulträger.)

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 Ticket haben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule	Eigenanteil

→ **X** _____
Ort

X _____
Datum

X _____
Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte)

Dieses Feld wird vom Schulträger ausgefüllt			
Eigenanteil:	<input type="checkbox"/> 0,00 Euro	<input type="checkbox"/> 7,00 Euro	<input type="checkbox"/> 14,00 Euro

Jahr des voraussichtlichen Schulabganges: Jahr

DeutschlandTicket Schule

Bestellschein Abonnement für Anspruchsberechtigte

Kundennummer (wird vom Verkehrsunternehmen ausgefüllt)

Das Abonnement soll gelten ab:
Bitte unbedingt angeben.

 2 0
 Monat Jahr


Persönliche Angaben des*der Schüler*in

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)

 Geb.-Datum T T M M J J J J

Geschlecht*

 w m d

(*Angabe freiwillig. Diese Angabe können Sie jederzeit bei Ihrem Verkehrsunternehmen widerrufen.)

Bei Minderjährigen bitte Angaben des*der gesetzlichen Vertreter*in bzw. Vertragspartner*in (falls abweichend zum*zur Abbonnent*in)

 Familienname/Vorname

 Straße/Hausnummer

 Postleitzahl/Wohnort

 Mobilfunk- oder Festnetznummer (Angabe freiwillig)

 E-Mail (Angabe freiwillig)

 Geb.-Datum T T M M J J J J

Geschlecht*

 w m d

(*Angabe freiwillig. Diese Angabe können Sie jederzeit bei Ihrem Verkehrsunternehmen widerrufen.)

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 Ticket haben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule	Eigenanteil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 Vestischen 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 an die Wirtschaftsauskunftei übermittelt. Das Ergebnis der Prüfung wird unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch das Verkehrsunternehmen maximal 6 Monate gespeichert.

 Kontoinhaber*in (Familienname/Vorname)

 Postleitzahl/Wohnort

 Kreditinstitut

 IBAN (International Bank Account Number)

 Straße/Hausnummer

 Mobilfunk- oder Festnetznummer (Angabe freiwillig)

 E-Mail (Angabe freiwillig)

 Geb.-Datum der/des Kontoinhaber*in/Kontoinhabers

Geschlecht*

 w m d

(*Angabe freiwillig. Diese Angabe können Sie jederzeit bei Ihrem Verkehrsunternehmen widerrufen.)

Wir verwenden Ihre persönlichen Daten zur Erfüllung dieses Vertrages. Für weitere Informationen siehe Hinweise zum Datenschutz.

 T T M M J J J J

X

Unterschrift des*der Kontoinhaber*in

X

Unterschrift des*der gesetzlichen Vertreter*in bzw. des*der Vertragspartner*in (falls abweichend zum*zur Abbonnent*in)

Gläubiger-Identifikationsnummer

Stand: 08.2023

Bitte Rückseite beachten.

