

Bitte das Dokument digital ausfüllen, ausdrucken und im Sekretariat Ihres Berufskollegs abgeben.

Antrag auf Übernahme von Schülerfahrkosten

zur Schule 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 beigefügt.
- 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 ermäßiges 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.

Familienname/Vorname

Straße/Hausnummer

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

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

Familienname/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

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

Das DeutschlandTicket Schule soll gelten ab: (Bitte unbedingt angeben)

Monat Jahr 2 0

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, Förderschulen oder einen anerkannten Bildungsgang des Berufskollegs (i. d. Regel Vollzeitklasse) besuchen und einen Anspruch auf ein **ermäßiges** 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"/>



X

Ort

X

Datum

X

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte)

Dieses Feld wird vom Schulträger ausgefüllt

Eigenanteil: 0,00 Euro 7,00 Euro 14,00 Euro

Jahr des voraussichtlichen Schulabganges: Jahr 2 0

DeutschlandTicket Schule

Bestellschein Abonnement für Anspruchsberechtigte

Das DeutschlandTicket Schule soll gelten ab: (Bitte unbedingt angeben)

Monat Jahr 0

Straße/Hausnummer der Schule

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

Kundennummer (falls vorhanden, wird vom Verkehrsunternehmen ausgefüllt)



Name der Schule

Postleitzahl/Ort der Schule

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

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, Förderschulen oder einen anerkannten Bildungsgang des Berufskollegs (i. d. Regel Vollzeitklasse) besuchen und einen Anspruch auf ein ermäßiges 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 vom unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verkehrsunternehmen auf das 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.

Kontoinhaber*in (Familienname/Vorname)

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Mobilfunk- oder Festnetznummer (Angabe freiwillig)

Kreditinstitut

E-Mail (Angabe freiwillig)

IBAN (International Bank Account Number)

Geb.-Datum

des*der Kontoinhaber*in

T T M M J J J J

→ 2 0
T T M M J J J J

X

Unterschrift des*der Kontoinhaber*in

D E 6 9 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 7 0 5 0 7

Gläubiger-Identifikationsnummer

X

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

→ Bitte Rückseite beachten.

