

**Antrag
auf Übernahme der Schülerfahrkosten
Schuljahr 2022/2023**

Erziehungsberechtigte/r		Schüler/in	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Anschrift		Geb.-Datum	
		besuchte Schule	
Telefon		Klasse	

Mein Kind nimmt am **Gemeinsamen Unterricht für behinderte und nicht behinderte Kinder** teil.
Ich / wir beantragen die Übernahme der Schülerfahrkosten:

<input type="checkbox"/> Eigentransport Es werden 0,13 € pro km Wegstreckenentschädigung erstattet Bankverbindung:	Fahrstrecke: _____ km (einfach) IBAN: _____ BIC: _____
<input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel (Schokoticket)	
<input type="checkbox"/> Taxi In besonders begündeten Ausnahmefällen	

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei, wenn vorhanden:

- Kopie Schwerbehindertenausweis
- Ärztliches Attest über die Notwendigkeit der Beförderung und die Beförderungsart
- Stellungnahme der Schule
- Nachweis, dass kein Pkw zur Verfügung steht, eine geeignete Mitfahrgelegenheit ausscheidet und außergewöhnliche Umstände vorliegen (für eine Taxibeantragung)

Hilden, den _____

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

Bearbeitungsvermerk der Schule/ Schulverwaltung

Der Schulbesuch und die Wohnungsangabe der umseitig genannten Schülerin/ des Schülers werden hiermit bestätigt:

Stempel der Schule

Datum, Unterschrift Schulsekretariat

Genehmigung Eigentransport

1. Der umseitige Antrag wird genehmigt nicht genehmigt
Grundlage ärztliches Attest Schulweglänge _____ km.

2. **Berechnung des Erstattungsanspruchs**

Schulweglänge täglich	Anzahl der Schultage	Wegstrecken pauschale	Erstattungsbetrag Euro
		0,13 Euro/km	

Genehmigung Taxi

1. Der Antrag wird genehmigt, da kein Privat-Pkw zur Verfügung steht, eine geeignete Mitfahrgelegenheit ausscheidet und ein besonders begründeter Ausnahmefall vorliegt.
2. Der Antrag wird nach Vorlage eines ärztlichen Attestes und ggf. der Stellungnahme der Schule
- genehmigt nicht genehmigt.

Genehmigung öffentliche Verkehrsmittel

Der umseitige Antrag wird	<input type="checkbox"/> genehmigt	<input type="checkbox"/> nicht genehmigt
Grundlage	<input type="checkbox"/> ärztliches Attest	<input type="checkbox"/> Schulweglänge _____ km.

Datum, Unterschrift Sachbearbeiter Schulverwaltungsamt