



# Landkreis Schaumburg

- Der Landrat -

Lfd. Nr.: .....

Eingegangen am:

.....

**Landkreis Schaumburg**  
**Amt für Schulen, Sport und Kultur**  
**Jahnstraße 20**  
**31655 Stadthagen**

Auskunft erteilt: Frau Holstein  
Tel.-Durchwahl: 05721 703-1316  
Vormittags Frau Schulte  
Tel.-Durchwahl: 05721 703-1315  
Fax: 05721 703-1330  
E-Mail: schuelerbefoerderung@schaumburg.de

## Antrag auf Erstattung von Schülerbeförderungskosten

Bitte sorgfältig ausfüllen und die Hinweise beachten, da sich die Erstattung sonst durch Nachfragen verzögern kann!

**Erstattungszeitraum** (bitte ankreuzen)

**Schuljahr:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Jan.	Feb.	Mrz.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
------	------	------	------	-----	------	------	------	------	------	------	------

### Schülerin/Schüler

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Beförderungsmittel
_____	_____	_____
Name der Schule (mit Anschrift)	Schulform	Klasse

### Bestätigung der Schule

Hiermit wird bescheinigt, dass die Schülerin/der Schüler die	
_____	im Erstattungszeitraum regelmäßig besucht hat.
Schule/ bei BBS: Schulform und Berufsfeld/ Klasse	
_____	den _____
	Stempel/Unterschrift der Schule

### Kontoinhaberin/Kontoinhaber

_____	_____
Name, Vorname	Straße/Hausnummer
_____	_____
PLZ/Ort	Telefon
_____	_____
Bank / Sparkasse	Bankleitzahl / BIC
	Kontonummer / IBAN

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

### Wichtige Hinweise:

1. Der Erstattungszeitraum sollte mindestens 3 Monate betragen.
2. Kosten im ÖPNV werden nur anerkannt, wenn sie anhand von Fahrkarten nachgewiesen werden. Diese sind auf Folgeblättern aufzukleben.
3. Es werden nur Kosten erstattet, die für den Besuch der nächstgelegenen Schule, die den gewählten Bildungsgang anbietet, entstehen.
4. **Die nachgewiesenen Fahrtkosten werden nur im notwendigen Umfang anerkannt.**  
Es sind jeweils die günstigsten Linien und Tarife zu nutzen!
5. **Erstattungsanträge sind bis spätestens 31. Oktober für das jeweils abgelaufene Schuljahr einzureichen.**

**Bitte nicht ausfüllen!**

Der Antrag wird – nicht – wie folgt – anerkannt:

Monat	Monatskarten	Wochenkarten	Einzelkarten	/.Eigenbeteilig.	€
Zu erstattender Betrag:					

Stadthagen, den \_\_\_\_\_ / Nz.

**Berechnung:**

Erstattung gem. § \_\_\_\_\_ Abs. \_\_\_\_\_ der Satzung Schülerbeförderung

Für den Zeitraum \_\_\_\_\_ wurde bisher ein Betrag von \_\_\_\_\_ € angewiesen.

Sachkonto / Kostenträger / Kostenstelle: Hhj.: \_\_\_\_\_  
**4429000 / 241-40-14 / 40-**

sachlich und rechnerisch richtig