



# Rückerstattungsantrag (Klasse 1-10)

## Beförderungskosten für Schuljahr:

Zurücksenden an:

Landkreis Saalekreis  
Amt für Bildung und Ausbildungsförderung  
Domplatz 9  
06217 Merseburg

Abrechnungsjahr:

Posteingangsstempel

Ansprechpersonen:  
Frau Beyer            Telefon 03461 40-1635  
Frau Lorbeer        Telefon 03461 40-1609  
Frau Welle            Telefon 03461 40-1607

Rücksendungen per E-Mail an: schulverwaltung@saalekreis.de

Den Antrag bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen und bis **30. September des laufenden Jahres einreichen!**  
**Hinweis: Aufgrund der stoßweisen Antragsgänge kann die Bearbeitungszeit mehrere Wochen in Anspruch nehmen.**

### 1. Personenbezogene Daten des Schülers

Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	*Telefon:	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.:	<input type="text"/>	*E-Mail <b>Eltern</b> :	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>	*Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Ortsteil:	<input type="text"/>	*Freiwillige Angaben	<input type="checkbox"/> divers

### 2. Angaben zum Schulbesuch im Abrechnungsjahr

Schule:	<input type="text"/>	Schulstandort:	<input type="text"/>
Klasse:	<input type="text"/>	Internatsbesuch:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\*falls ja, sind entsprechende Nachweise über entstandene Fahrtkosten einzureichen

### 3. Angaben zu den benutzten Verkehrsmitteln

Im Zeitraum vom  bis:

mit öffentlichen Verkehrsmitteln

#### Besonders begründeter Ausnahmefall (bei nicht zumutbarer ÖPNV-Verbindung):

mit eigenem PKW  eine Fahrt zwischen Wohnort - Schule  Anzahl Fehltage:

Werden Geschwisterkinder **gemeinsam** in einem PKW befördert?  ja  nein

Namen der Kinder, die gemeinsam befördert werden: \_\_\_\_\_

#### 4. Bestätigung des Schulbesuches durch die Schule

Hiermit wird bestätigt, dass o.g. Schüler/in im Schuljahr:  /  unsere Schule besucht hat.

--

Unterschrift Schule / Datum

--

Stempel der Schule

#### 5. Die Rückerstattung soll auf nachstehendes Konto erfolgen

Kontoinhabende Person:

Nachname
Vorname
Straße/Hausnr.:
PLZ, Ort:
Ortsteil:

IBAN:

--

BIC:

--

Name

--

Bank:

--

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Das beiliegende Infoblatt zur Datenschutz-Grundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen. **Der Landkreis Saalekreis behält sich eine stichprobenartige Überprüfung der Angaben vor. Bitte bewahren Sie alle Nachweise bis zu endgültigen Bescheiderteilung auf.**

Nachname, Vorname Eltern/Elternteil:  
(in Druckschrift)

Nachname
----------

Vorname
---------

Unterschrift Eltern/Elternteil:

--

Datum:

--

Den Antrag reichen Sie bis zum **30. September** des laufenden Jahres für das zurückliegende Schuljahr unter o.g. Postanschrift oder per E-Mail ein.

#### Bearbeitungsvermerk (vom Sachbearbeiter auszufüllen)

Anspruch gesamt:

--

Aktenzeichen:

--

Auszahlungsbetrag:

--

Entschieden am:

--

Unterschrift sachlich u. rechn. richtig:

--

Bearbeitungszeit seit Eingang: (in Wochen)

--