

Antrag auf Schülerfahrkostenerstattung wegen einer vorübergehenden körperlichen Behinderung

Landkreis Diepholz
Fachdienst 40 – Bildung
Niedersachsenstr. 2
49356 Diepholz

Bankverbindung (nur für Antrag auf Kostenerstattung):

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Name, Vorname der Schülerin oder des Schülers: _____ Geburtsdatum: _____
Anschritt: _____

Name(n), Vorname(n) des/der Erziehungsberechtigten (auch Anschrift, wenn nicht wie Anschrift des Schülers): _____
Telefon-Nr.: _____

Name und Ort der Schule: _____ Klasse: _____

Dauer der erforderlichen Beförderung: vom: _____ bis: _____

Art des Beförderungsmittels: _____

Bus/Bahn im öffentlichen Linienverkehr (Fahrkostenerstattung gem. beiliegender Fahrausweise)

Taxi/Mietwagen (Fahrkostenerstattung gem. beiliegender Fahrausweise)

Zahlung an: Antragsteller Unternehmer

Privat-Pkw, einfache Entfernung zwischen Wohnung und Schule: _____ km

Wurde die vorübergehende Behinderung durch einen Unfall verursacht?

Ja, Datum des Unfalls: _____

Handelt es sich um einen Schulunfall? Ja, eine Kopie des Unfallberichts ist beigefügt

Nein

Nein

Ein **ärztliches Attest** mit Angaben über die Art der Behinderung und über die voraussichtliche Dauer der notwendigen Beförderung **ist beizufügen!**

