

Angaben zum Elternteil/Sorgeberechtigten/Bescheidempfänger
Name, Vorname:
Straße Hausnummer:
PLZ Ort:

1. Eingangsstempel Schule:
2. Eingangsstempel Amt für Schulen:

Landeshauptstadt Dresden
 Amt für Schulen
 SG Schülerfürsorge und Verpflegung
 PF 12 00 20
 01001 Dresden

**Antrag auf Rückerstattung der Eigenanteile Schülerbeförderungskosten Schuljahr 2021/2022
 (Schülerspezialverkehr)**

Wir beantragen die Rückerstattung der eingezahlten Eigenanteile Schülerbeförderungskosten mit einem Fahrdienst für folgenden Schüler/folgende Schülerin:

Name:	Schülernummer (SNr.):	
Vorname:	Vertragsgegenstand/ Verwendungszweck:	5690200.....

Er/Sie hat folgende angesetzte Fahrten aufgrund von Krankheit/Kur/Landheimaufenthalt/genehmigte Beurlaubung/Praktikum/Schulschließung nicht in Anspruch genommen.

	August 2021	September 2021	Oktober 2021	November 2021	Dezember 2021	Januar 2022
Mo	- - - - -	6 13 20 27	4 11 - -	1 8 15 22 29	6 13 20 -	3 10 17 24 31
Di	- - - - -	7 14 21 28	5 12 - -	2 9 16 23 30	7 14 21 -	4 11 18 25
Mi	- - - - -	- 8 15 22 29	6 13 - -	3 10 - 24	1 8 15 22 -	5 12 19 26
Do	- - - - -	- 9 16 23 30	7 14 - -	4 11 18 25	2 9 16 - -	6 13 20 27
Fr	- - - - -	- 10 17 24	1 8 15 - -	5 12 19 26	3 10 17 - -	7 14 21 28
	Februar 2022	März 2022	April 2022	Mai 2022	Juni 2022	Juli 2022
Mo	7 - - - 28	7 14 21 28	4 11 - 25	2 9 16 23 30	- 13 20 27	4 11 - -
Di	1 8 - -	1 8 15 22 29	5 12 - 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 - -
Mi	2 9 - -	2 9 16 23 30	6 13 - 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 - -
Do	3 10 - -	3 10 17 24 31	7 14 - 28	5 12 19 -	2 9 16 23 30	7 14 - -
Fr	4 11 - -	4 11 18 25	1 8 - - 29	6 13 20 -	3 10 17 24	1 8 15 - -

Bitte so kennzeichnen: X = zwei Touren ausgefallen
 O = eine Tour ausgefallen (z. B. bei Landheimfahrt)

Anzahl x:	
Anzahl o:	

Gemäß § 7 Absatz 4 der Satzung Schülerbeförderung, ist eine Rückerstattung des Eigenanteils für ausgefallene Fahrten nur bei Unterbrechung der Beförderung von **mindestens vier aufeinander folgenden Wochen** möglich.

Bitte beachten Sie, dass Fahrten, welche durch die Eltern durchgeführt wurden, nicht zur Rückerstattung berechtigen.

☐ Ich bitte Sie, den Betrag an das zuständige Sozialamt/Landratsamt/Jobcenter zu überweisen.

Amt/Einrichtung: _____

Bearbeiter/in: _____ Tel.: _____

Aktenzeichen/ BG-
Nummer: _____ (freiwillig)

Bewilligungszeitraum: _____ (freiwillig)

☐ Ich bitte Sie, den Betrag an folgende Bankverbindung zu überweisen:

Kontoinhaber:
IBAN:
Kreditinstitut:
Unterschrift:

Bei der Kostenübernahme durch das zuständige Sozialamt/Landratsamt/Jobcenter ist der Antrag auf Rückerstattung ebenfalls auszufüllen und bis zum 30. September 2022 einzureichen, da die Ansprüche auf die entsprechende Institution übergehen.

Auszahlungsanträge die bis zum **30. September 2022** im Schulsekretariat eingehen, werden durch das Amt für Schulen bis zum 31. Dezember 2022 bearbeitet. Bei einem Antragseingang bis zum 31. Dezember 2022, erfolgt die Bearbeitung des Antrages bis spätestens 31. Dezember 2023.

Bei einer späteren Beantragung erlischt der Anspruch für das abzurechnende Schuljahr.

Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Nachfolgender Abschnitt ist von der Schule auszufüllen:

Datum frei beweglicher Ferientag:

Bestätigung der Schule (Stempel):

Sachlich richtig:

Rechnerisch richtig: