

Name, Vorname eines Erziehungsberechtigten (Antragsteller)

PLZ, Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Landkreis Stade
Amt für Wirtschaft, Verkehr und Schulen
Am Sande 2
21682 Stade

Anlage Pkw-Benutzung **zum Antrag auf Erstattung von Schülerbeförderungskosten**

Beförderungszeitraum: vom _____ bis _____

Angaben zum Stundenplan bzw. zu den täglichen Praktikumszeiten

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Beginn	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
Ende	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr

Anzahl der Tage, an denen eine Pkw-Beförderung durchgeführt wurde in den Monaten

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni
Juli	August	September	Oktober	November	Dezember

Einfache Entfernung zwischen

- Wohnung und Schule _____ km
- Wohnung und Praktikumsbetrieb _____ km
- Wohnung und Haltestelle bzw. Haltestelle und Schule/Praktikumsbetrieb _____ km

Die Beförderung erfolgte wie folgt

- Hin- und Rückfahrt schultäglich an folgenden Wochentagen: _____
- nur Hinfahrt schultäglich an folgenden Wochentagen: _____
- nur Rückfahrt schultäglich an folgenden Wochentagen: _____

Wenn lediglich die Hin- oder die Rückfahrt geleistet wurde, wie bzw. durch wen wurde die jeweils andere Tour geleistet (Bezeichnung des Verkehrsmittels, Name und Anschrift des anderen Fahrers)?

Mitnahmemöglichkeit

- Nein
 - Ja, bei (Name, Anschrift) _____
-

Fahrgemeinschaft

- Nein
 - Ja, folgende Schüler/innen wurden mitbefördert (Name, Anschrift) _____
-
-

Weshalb wurden öffentliche Verkehrsmittel (z.B. Bus, Bahn) nicht bzw. nicht ausschließlich genutzt?

- Es bestehen keine Verbindungen
- Es bestehen keine zeitlich passenden Verbindungen
- Der/Die Schüler/in kann öffentliche Verkehrsmittel aus gesundheitlichen Gründen nicht nutzen, weil _____

- Einen entsprechenden Nachweis füge ich bei (z.B. Kopie des Behindertenausweises, ärztliches Attest)
- Andere Gründe: _____

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zur Pkw-Beförderung.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers