



**Anlage zur Beantragung auf Leistungen aus dem Paket Bildung- und Teilhabe**

zurück an Jobcenter Slf-Ru (-656.8-)  
Fax: +49 3671 5320 360

**Kostenerstattung der Schulbeförderung**

<b>Leistung für Kind/ Schüler:</b>			
Bedarfsgemeinschaftsnummer: 09614// _____	Name, Vorname (Teilnehmer/in): _____		Geburtsdatum: _____
<b>Für o.g. Kind/ Schüler wird Kostenerstattung der Schülerbeförderung beantragt:</b>			
Angaben zum Schulbesuch:			
Name der Schule: _____			
Art der Schule:	<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Regelschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium
	<input type="checkbox"/> Fachoberschule	<input type="checkbox"/> berufliches Gymnasium	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule
	<input type="checkbox"/> andere: _____		
Beförderung mit folgendem Verkehrsmittel: _____			
Angaben zu den Kosten:			
Werden Schulbeförderungskosten von einem Dritten erstattet (z.B. Schulverwaltungsamt)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein (soweit vorhanden Ablehnungsbescheid beifügen)		
Eine aktuelle Schulbescheinigung:	<input type="checkbox"/> liegt Ihnen bereits vor. <input type="checkbox"/> ist beigefügt. <input type="checkbox"/> wird umgehend nachgereicht.		
<b>Bestätigung über die Richtigkeit der gemachten Angaben:</b>			
Datum: _____	Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben. Die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Die Übermittlung der Daten an den Leistungsanbieter stimme ich zu.		
	Unterschrift Antragstellerin/ Antragstelle bzw. gesetzliche Vertreterin/ Vertreter  _____		