Kreisverkehrsgesellschaft Main-Kinzig mbH
Geschäftsbereich: „Schülerbeförderung"
Nürnberger Straße 41
63450 Hanau
Telefon: 06181/9192-192

Antrag auf Erstattung von Fahrtkosten gem. § 161 Hessisches Schulgesetz

Erst nach erfolgtem Bewilligungsbescheid einreichen!

Besuchte Schule: _____

Schuljahr: 20____/20____ **Klasse:** _____

Erstattungszeitraum: ☐ **1. Schulhalbjahr (August bis Januar)**
☐ **2. Schulhalbjahr (Februar bis Juli)**

Daten des Schülers/der Schülerin:

Schüler-ID/Aktenzeichen: _____

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ . _____ . _____ Geschlecht: w ☐ m ☐

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Bei Minderjährigen: Name des/der Erziehungsberechtigten: Frau ☐ Herr ☐

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Handy: _____

Email: _____

Bankverbindung:

IBAN: DE_____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Name der Bank: _____

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten / vollj. Schüler(in):

_____ _____

Datum Unterschrift

(Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind und bitte um Überweisung an die o.g. Bankverbindung. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und das zu Unrecht gezahlte Beträge zurückgefordert werden.)

Bestätigung durch die Schule:

_____ _____ _____

Datum Unterschrift Schulstempel

(Die Angaben über den Schulbesuch treffen zu!)

Letzter Termin zur Antragsstellung ist der 31.12. des Jahres, in dem das Schuljahr endet!

Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Fahrkarten oder Zahlungsnachweis beifügen):

*Bitte notieren Sie hier die Chipkartennummer: _____

Monat	Anzahl der Schulbesuchs-tage	Art der Fahrkarte: Schülerticket Hessen (STH)* Monatskarte (MK) Wochenkarte (WK) Einzelfahrkarte (EZ) Tageskarte (TK)			**Bitte nicht ausfüllen!**		
		Anzahl der Fahrkarte	Art	Einzelpreis	Anzahl der Fahrkarte	Art	Einzelpreis/Summe

Benutzung privater Verkehrsmittel:

Monat	Anzahl der Beförderungs-tage	Tägliche Fahrtstrecke in KM	Bei Mitnahmeentschädigung Anzahl Schüler: _____		**Bitte nicht ausfüllen!**		
			Anzahl der Beförderungs-tage	Tägliche Fahrtstrecke in KM	Anzahl der Beförderungs-tage	Tägliche Fahrtstrecke in KM	

Bitte nicht ausfüllen:

Die dem Verfahren zugrunde liegenden Daten sind sachlich und rechnerisch richtig und vollständig ermittelt.

Erstattungsbetrag: _____

Datum: _____ Unterschrift KVG Main-Kinzig mbH: _____