

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 Chipkartenummer: _____

Monat	Schulbesuchst- 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: _____