

Eingangsstempel/Datum

## Antrag auf Schülerbeförderung



Fachbereich Schulen  
Karl-Marx-Straße 67, 03044 Cottbus/Chóšebuz

STADT COTTBUS  
CHÓŠEBUZ

|                                             |                      |
|---------------------------------------------|----------------------|
| Name, Vorname Antragsteller/in:             |                      |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort):               |                      |
| Kontakt Daten:<br>(Angaben sind freiwillig) |                      |
|                                             | Telefonnummer E-Mail |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Name, Vorname Schüler/in: |  |
| Geburtsdatum:             |  |
| Klasse                    |  |
| Schule                    |  |

Ich beantrage die Schülerbeförderung für die tägliche Fahrt zur Schule. Gemäß der aktuell gültigen Fassung der Satzung über die Schülerbeförderung in der Stadt Cottbus/Chóšebuz ist ein **Eigenanteil in Höhe von maximal 60 %** des aktuellen Tarifpreises zu entrichten<sup>1</sup>.

|                          |                                                          |  |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Zeitkarte vorhanden</b> , aktuelle Fahrkarte endet am |  |
| <input type="checkbox"/> | <b>keine Zeitkarte vorhanden</b> , neue Zeitkarte ab     |  |

|                                                                                                                                    |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> <b>auf Erstattungsbasis</b><br>(Der Eigenanteil beträgt 60% der günstigsten Fahrkarte für Schüler/innen.) |          |
| Zur Schule / Praktikumsstätte (Anschrift):<br><br>_____                                                                            |          |
| <b>Bankverbindung:</b>                                                                                                             |          |
| <b>IBAN</b> (int. Kontonummer)                                                                                                     | DE _____ |

<sup>1</sup> Die Kostenübernahme für den zu entrichtenden Eigenanteil kann über das Bildungs- und Teilhabepaket gesondert beantragt werden.

☐

Ich willige in nachfolgenden **Datenaustausch** ein:

Um die Leistungserbringung direkt mit dem Leistungsanbieter abrechnen zu können, ist die Übermittlung von Daten an diesen erforderlich. Mit der Einwilligung stimme ich der Übermittlung persönlicher Daten an den Leistungsanbieter zu und dieser übermittelt nach erbrachter Leistung eine Abrechnung darüber an die Stadt Cottbus/Chósebuz. Der Datenumfang ist auf das Mindestmaß beschränkt. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sofern die Einwilligung verweigert oder widerrufen wird, ist die direkte Abrechnung nicht möglich. Die Leistungen müssen dann zunächst von mir verauslagt und im Anschluss gegenüber der Stadt Cottbus/Chósebuz abgerechnet werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Stempel/Unterschrift Schule  
(oder Schulbescheinigung)