

Landkreis Oberhavel
 Fachbereich Bildung und Gebäudeverwaltung
 Fachdienst Schulen
 Schülerbeförderung
 Adolf-Dechert-Straße 1
 16515 Oranienburg

Hinweise zum Ausfüllen dieses Formulars

Dieses Formular ist sowohl online am Computer als auch per Hand ausfüllbar. Sollten Sie die handschriftliche Variante wählen, achten Sie bitte auf gute Lesbarkeit. In jedem Fall überprüfen Sie bitte eingehend, ob Ihre Angaben richtig und vollständig sind.

Kästchen sind, wenn zutreffend, anzukreuzen.

Grau hinterlegte Felder können Sie ignorieren. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Landkreises füllen diese aus.

Antrag an den Landkreis Oberhavel auf eine behinderungsbedingte subventionierte Beförderung gemäß der geltenden Satzung über die Schülerbeförderung im Schuljahr /

Der Antrag muss spätestens am letzten Schultag in der zurzeit besuchten Schule abgegeben werden!

1. Angaben zum Schüler

Aktenzeichen		
Name		Vorname
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	Geburtsdatum

2. Angaben zu den Eltern

bei Vertretern von Pflegestellen bzw. Kinderheimen, Wohngruppen:

Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII

Heimerziehung nach § 34 SGB VIII

Name		Vorname
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	Telefonnummer

Die/Der o. g Schüler/-in ist im gemeinsamen Haushalt das _____-geborene schulpflichtige Kind.
 (erst-, zweit-,...)

3. Angaben zur Schule

Name der künftig besuchten Schule	neue Klasse
--	--------------------

4. Weitere im Haushalt lebende schulpflichtige Kinder

(bitte ALLE schulpflichtigen Kinder vom ältesten zum jüngsten auflühren)

1) Name	Vorname	Geburtsdatum
besuchte Schule	Klasse	Aktenzeichen
2) Name	Vorname	Geburtsdatum
besuchte Schule	Klasse	Aktenzeichen
3) Name	Vorname	Geburtsdatum
besuchte Schule	Klasse	Aktenzeichen
4) Name	Vorname	Geburtsdatum
besuchte Schule	Klasse	Aktenzeichen
5) Name	Vorname	Geburtsdatum
besuchte Schule	Klasse	Aktenzeichen

5. Behinderung

Das amtsärztliche Gutachten vom

Datum

 ist als Anlage beigefügt.
Es handelt sich um eine offenkundige Behinderung (z. B. Rollstuhlfahrer).
eine Kopie des gültigen Schwerbehindertenausweises (GdB von mind. 80) ist als Anlage beigefügt.

6. Besonderheiten

Klapprollstuhl
Elektrorollstuhl >> umsetzbar nicht umsetzbar

7. Sonstiges/Bemerkungen

--

8. Beginn der Beförderung

(frühestens 10 Tage nach Posteingang
beim Landkreis)

Datum

Tagesbeförderung (Montag BIS Freitag)
Wochenbeförderung (Montag UND Freitag)

9. Erklärung:

Ich versichere, dass meine o. g. Angaben richtig sind. Ich verpflichte mich, jede Änderung vorstehender Angaben unverzüglich dem Landkreis Oberhavel schriftlich mitzuteilen.

Die Beförderung kann eingestellt werden, wenn die nach der Schülerbeförderungssatzung des Landkreises Oberhavel geforderten Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Der Eigenanteil wird nach Erhalt der Zahlkarte innerhalb der vorgeschriebenen Frist an den Landkreis überwiesen, da die Beförderung sonst ebenso eingestellt werden kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass notwendige personenbezogene Daten an das Beförderungsunternehmen weitergegeben werden.

_____	Datum	_____
Ort		Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

<p>Prüf- und Bearbeitungsvermerk der Schule (Stempel):</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 80%; margin-bottom: 5px;">Datum</div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 80%; margin-left: 20px;">Unterschrift</div>	<p>Prüf- und Bearbeitungsvermerk Schülerbeförderung:</p> <p>Der Elternanteil beträgt _____ Euro</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 80%; margin-bottom: 5px;">Datum</div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 80%; margin-left: 20px;">Unterschrift</div>
---	--

Bearbeitungsvermerk		
Taxibetrieb	Hinfahrt	Rückfahrt