

Rückerstattungsantrag Praktikum

Beförderungskosten für Schuljahr:

Zurücksenden an:

Landkreis Saalekreis
 Amt für Bildung und Ausbildungsförderung
 Domplatz 9
 06217 Merseburg

Abrechnungsjahr: /

Posteingangsstempel

Ansprechpersonen:
 Frau Beyer Telefon 03461 40-1635
 Frau Lorbeer Telefon 03461 40-1609
 Frau Welle Telefon 03461 40-1607

Rücksendungen per E-Mail an: schulverwaltung@saalekreis.de

Den Antrag bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen und bis **30. September des laufenden Jahres einreichen!**
Hinweis: Aufgrund der stoßweisen Antragsgänge kann die Bearbeitungszeit mehrere Wochen in Anspruch nehmen.

1. Personenbezogene Daten des Schülers

Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	*Telefon:	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.:	<input type="text"/>	*E-Mail Eltern :	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>	*Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Ortsteil:	<input type="text"/>	*Freiwillige Angaben	<input type="checkbox"/> divers

2. Angaben zum Schulbesuch im Abrechnungsjahr

Schule:	<input type="text"/>	Schulstandort:	<input type="text"/>
Klasse:	<input type="text"/>	Internatsbesuch:	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein

*falls ja, sind entsprechende Nachweise über entstandene Fahrtkosten einzureichen

3. Angaben zu den benutzten Verkehrsmitteln

Im Zeitraum vom bis:

mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Besonders begründeter Ausnahmefall (bei nicht zumutbarer ÖPNV-Verbindung):

mit eigenem PKW eine Fahrt zwischen Wohnort - Praktikumsbetrieb

➡ **Anzahl Fehltage:** Nachweis Praktikumsbescheinigung

Sind Sie im Besitz einer Schülerkarte / Fahrausweis des Verkehrsunternehmens (OBS oder PNVG)? ja nein

4. Bestätigung des Schulbesuches durch die Schule

Hiermit wird bestätigt, dass o.g. Schüler/in im Schuljahr: / unsere Schule besucht hat.

--

Unterschrift Schule / Datum

--

Stempel der Schule

5. Die Rückerstattung soll auf nachstehendes Konto erfolgen

Kontoinhabende Person:	<input type="text"/>	IBAN:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	BIC:	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.:	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>	Bank:	
Ortsteil:	<input type="text"/>		

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Das beiliegende Infoblatt zur Datenschutz-Grundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen. **Der Landkreis Saalekreis behält sich eine stichprobenartige Überprüfung der Angaben vor. Bitte bewahren Sie alle Nachweise bis zu endgültigen Bescheiderteilung auf.**

Nachname, Vorname Eltern/Elternteil: (in Druckschrift)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------------------------------------------------------	----------------------	----------------------

Unterschrift Eltern/Elternteil:	<input type="text"/>	Datum:	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------	--------	----------------------

Den Antrag reichen Sie bis zum **30. September** des laufenden Jahres für das zurückliegende Schuljahr unter o.g. Postanschrift oder per E-Mail ein.

Bearbeitungsvermerk (vom Sachbearbeiter auszufüllen)

Anspruch gesamt:	<input type="text"/>	Aktenzeichen:	<input type="text"/>
Auszahlungsbetrag:	<input type="text"/>	Entschieden am:	<input type="text"/>
Unterschrift sachlich u. rechn. richtig:	<input type="text"/>	Bearbeitungszeit seit Eingang: (in Wochen)	<input type="text"/>