



Vordruck für Leistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket Schülerbeförderung

Das Formular kann ausgefüllt per E-Mail gesandt werden an schuelerbefoerderung@stadt.mainz.de.

Wenn Sie Leistungen nach dem WoGG (Wohngeld) oder BKGG (Kinderzuschlag) erhalten, gilt dieser Vordruck als Antrag.

Hinweis: Dieses Formular bitte umgehend an die Schule oder das Schulamt zurückgeben!



Bestätigung des Schulbesuchs
durch die Schule:

Datum Handzeichen Schulstempel

A. Antragstellende Person (bei Kindern und Jugendlichen gesetzlich vertretende Person)

Familiennamen		Vorname/n	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Person	E-Mail	Telefon tagsüber (bitte immer angeben)	
Straße Hausnummer (falls nicht mit Schüler:in identisch)		PLZ	Ort
Familiennamen		Vorname/n	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Person	E-Mail	Telefon tagsüber (bitte immer angeben)	
Straße Hausnummer (falls nicht mit Schüler:in identisch)		PLZ	Ort

Ich/Wir erhalte/n zur Zeit folgende Leistungen:

Bitte fügen Sie die Kopie eines entsprechenden Leistungsnachweises bei, aus dem der Leistungszeitraum ersichtlich ist.

- SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende, Sozialgeld)
- SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung)
- WoGG (Wohngeld – bitte Bescheid der Wohngeldstelle beifügen)
- BKGG (Kinderzuschlag – bitte Bescheid der Familienkasse beifügen)
- AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz)

B. Kind, Jugendliche:r (leistungsberechtigte Person)

Familiennamen		Vorname/n	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum	E-Mail	
Name der Schule		Klassenstufe ____ im Schuljahr 20 ____/20 ____	

C. Voraussetzung

- Klassenstufe 1 bis 13 – abgelehnter Antrag nach § 69 Schulgesetz und Nachweis auf Angewiesenheit (z.B. wegen Krankheit) auf die Schülerbeförderung mittels eines ärztlichen Attests
- Klassenstufe 11 bis 13 – bewilligter Antrag nach § 69 Schulgesetz
Übernahme des Eigenanteils, Kopie des Leistungsbescheids

D. Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie unter www.mainz.de/dsgvo.
Die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort | Datum Unterschrift gesetzlich vertretende Person Ort | Datum Unterschrift antragstellende Person bei Volljährigkeit des/der Schüler:in