

**Bescheinigung zur Prüfung des Anspruchs auf Kostenerstattung für die
Schülerbeförderung gem. § 28 Abs.4 SGB II bzw. § 34 Abs. 4 SGB XII)**

Bestätigung der Schule

Herr/Frau _____ ist Schüler/-in an folgender Schule:
(Vorname und Name des Schülers)

(Name der Schule)

(Bezeichnung der Klasse)

Gleichzeitig ist er/sie Schüler/-in

- der 1. bis 10. Schuljahrgänge der allgemeinbildenden Schulen
- der 11. und 12. Schuljahrgänge der Schulen für Schülerinnen und Schüler mit geistigen Behinderungen
- der Berufseinstiegsschule
- der ersten Klasse von Berufsfachschulen, soweit die Schülerinnen und Schüler diese ohne Sekundarabschluss I – Realschulabschluss – besuchen
- sonstiger Jahrgänge oder Klassen

Der/Die Schüler/-in hat am ____ . ____ . ____ seinen letzten Schultag.

Ort, Datum

Unterschrift und Schulstempel

Information für die Schule: Bitte leiten Sie diese Bestätigung an das Schulamt weiter (siehe Rückseite).

Bestätigung des Schulamtes

Aufgrund der obigen Bescheinigung der Schule wird für die den dort genannten Schüler / die dort genannte Schülerin folgendes festgestellt:

- Eine Erstattung der Kosten für die Schülerbeförderung ist i. R. des NSchG möglich.
- Eine Erstattung der Kosten für die Schülerbeförderung ist i. R. des NSchG **nicht** möglich.

- Die Notwendigkeit der Schülerbeförderung ist nicht gegeben, da der Schulweg eine Entfernung von 3 km nicht übersteigt.

Die Kosten der Schülerbeförderung belaufen sich auf monatlich _____ €.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Schulamt

Information für das Schulamt: Bitte leiten Sie diese Bestätigung an das Sozialamt weiter (siehe Rückseite).

Vom Antragsteller auszufüllen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____:____:____

Aktenzeichen: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Absender (Schulstempel):

Landkreis Schaumburg
Schulamt
Jahnstraße 20
31655 Stadthagen

Absender:
Landkreis Schaumburg
Schulamt
Jahnstraße 20
31655 Stadthagen

Landkreis Schaumburg
Sozialamt
Breslauer Straße 2-4
31655 Stadthagen