

mit Sicherheit



Hebenstreit Bus GmbH

Tel.: 0699/160 88 739

2700 Wiener Neustadt, Haidbrunnngasse 52b

www.hebenstreit-bus.at, office@hebenstreit-bus.at

Schuljahr 2022/2023

ASO+SPZ-Schulfahrten

LIEBE ELTERN!

Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn unseren Schulbus für das neue Schuljahr nutzen, benötigen wir:

1. ausgefülltes Anmeldeformular (Erklärung)
2. **PASSBILD (falls altes nicht mehr aktuell)**
3. Kopie des einbezahlten **Erlagscheines bzw. Kontoauszuges bei Telebanking-Auftrag (€19,60)**
4. **BMF-Finanzamt** (vom Arzt ausgefüllt)-ärztliche Bestätigung

KEINE BARZAHLUNG MEHR MÖGLICH

Der Schülerelbstbehalt von **€ 19,60** ist auf folgendes Konto zu überweisen:

EMPFÄNGER: Hebenstreit Bus GmbH

IBAN: AT65 3204 5001 0551 4997, BIC: RLNWATWWBAD

Verwendungszweck: **Schuljahr 2022/23** und **Name des Schülers/der Schülerin**

Es besteht die Möglichkeit, sich das Formular unter www.hebenstreit-bus.at unter Leistungen, Schul- und Kindergartenfahrten auszudrucken, vollständig auszufüllen und mit Passfoto und Kopie des Zahlungsbeleges ins Büro unter office@hebenstreit-bus.at weiterzuleiten oder bei unserem Buslenker abzugeben.

BMF-Formular - ärztliche Bestätigung muss vor Antritt der **1.Fahrt** unbedingt von einem Arzt bestätigt sein. Sonst ist kein Mitfahren mit dem Bus möglich.

Jedem angemeldeten Kind wird ein Ausweis ausgestellt.

Ausweiskontrolle ab Oktober 2022

Wir danken für Ihr Verständnis und bitten um Kenntnisnahme.

ZUSATZBLATT ERKLÄRUNG:

Achtung:

Beim Formular (Erklärung) in Spalte (Familienbeihilfe) nicht das Kind sondern immer den Erziehungsberechtigten angeben!!!

MUSTER

Bitte immer ausfüllen.

Für die Schülerin/den Schüler bezieht Familienbeihilfe:

Familienname und Vorname ERZIEHUNGSBERECHTIGTER	Geburtsdatum des ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN
Anschrift WOHNADRESSE	

Aus gegebenen Anlass benötigen wir bitte:

Name des Kindes: (Vorname, Nachname)

.....
.....

Name Erziehungsberechtigten: (Vorname, Nachname)

.....

Anschrift: (Straße, PLZ, Ort)

.....

Notfall Tel.-Nr.:.....

Erklärung

Ich bin einverstanden, dass die Schülerin/der Schüler

Zutreffendes bitte ankreuzen !

Familien- od. Nachname und Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (PLZ, Ort, Straße/Gasse/Platz, Hausnummer)	
Staatsbürgerschaft	

die SchülerInnenfreifahrt im Gelegenheitsverkehr in Anspruch nehmen wird.

Die Schülerin/der Schüler besucht die

Schule	Klasse
in (Schulort)	

Der zur Erlangung der SchülerInnenfreifahrt erforderliche Selbstbehalt von 19,60 Euro wurde

bar oder mit Erlagschein an das Verkehrsunternehmen gezahlt

Bezeichnung des Verkehrsunternehmens

an den Verkehrsverbund gezahlt, ein Nachweis dafür ist angeschlossen!

Verkehrsverbund

Bitte immer ausfüllen!

Für die Schülerin/den Schüler bezieht Familienbeihilfe

Familien- od. Nachname und Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Kind, wenn es den Anordnungen des Personals des Verkehrsunternehmens nicht Folge leistet, insbesondere wenn es sich weigert, die Rückhaltevorräte ordnungsgemäß zu verwenden, ohne Ersatz der Kosten von der Beförderung ausgeschlossen werden kann.

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass die Daten aus dieser Erklärung elektronisch erfasst und nur für Zwecke der Schülerfreifahrt von den Beteiligten (Beförderer, Schule, Kundenteam) verwendet werden können.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

**Ärztliche Bestätigung über die Notwendigkeit der Beförderung eines/r Schülers/in
im Gelegenheitsverkehr
(dient zur Vorlage beim Finanzamt Wien 4/5/10)**

Name des/r Schülers/in:geb. am

wohnhaft in:

Schulart und Schulort:

Art der körperlichen oder geistigen Behinderung (genaue Beschreibung in deutscher Sprache):

.....
.....
.....
.....

Es wird bestätigt, dass der/die Schüler/in aufgrund der oben dargestellten **körperlichen oder geistigen Behinderung** nicht in der Lage ist, den Schulweg bzw. Teile des Schulweges ohne fremde Hilfe zurückzulegen. Die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels ist deshalb **nicht** möglich.

- Die Behinderung ist eine
- dauernde
 - vorübergehende, bis voraussichtlich
(zutreffendes bitte ankreuzen)

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift der ausfertigenden Stelle *)

*) Ausfertigende Stellen: Amtsarzt/ Schularzt oder inländisches Krankenhaus (Universitätsklinik)
oder das jeweilige Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen Bundessozialamt)

Der **Nachweis der Behinderung** ist auch durch Vorlage eines vom Bundessozialamt ausgestellten Behindertenpasses möglich, auf welchem mittels amtlicher Zusatzeintragung bescheinigt ist, dass dem/der Inhaber/in wegen dauernder Gesundheitsschädigung die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar ist.

Angaben des/der Familienbeihilfenbezieher/in

Für das oben angeführte Kind wird

- keine erhöhte Familienbeihilfe bezogen.
- erhöhte Familienbeihilfe bezogen.
(zutreffendes bitte ankreuzen)

.....
Datum

.....
Unterschrift