

mit Sicherheit



Hebenstreit Bus GmbH

Tel.: 0699/160 88 739

2700 Wiener Neustadt, Haidbrunnngasse 52b

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

Schuljahr 2024/25

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: AT18 3293 7000 0002 2913, BIC: RLNWATWWWRN

Verwendungszweck: **Schuljahr 2024/25** und **Name des Schülers/der Schülerin**

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 2024

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 gegebenem Anlass benötigen wir bitte:

Name des Kindes: (Vorname, Nachname)

.....
.....

Name Erziehungsberechtigten: (Vorname, Nachname)

.....

Anschrift: (Straße, PLZ, Ort)

.....

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

**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