

mit Sicherheit



## Hebenstreit Bus GmbH

Tel.: 0699/160 88 739

2700 Wiener Neustadt, Haidbrunnngasse 52b

[www.hebenstreit-bus.at](http://www.hebenstreit-bus.at), [office@hebenstreit-bus.at](mailto:office@hebenstreit-bus.at)

---

Schuljahr 2023/2024

### 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 2023/24** und **Name des Schülers/der Schülerin**

Es besteht die Möglichkeit, sich das Formular unter [www.hebenstreit-bus.at](http://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](mailto: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 2023

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 <b>ERZIEHUNGSBERECHTIGTER</b>	Geburtsdatum <b>des ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN</b>
Anschrift <b>WOHNADRESSE</b>	

---

Aus gegebenen 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