

**Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:**

**Stadt Gelsenkirchen  
Referat Bildung  
Ref. 40/3  
Florastr. 26/28  
45879 Gelsenkirchen**

**Antrag auf Übernahme der Schülerfahrkosten**

- Beförderung mit einem Privatfahrzeug
- Beförderung mit einem Taxi
- Begleitkosten im ÖPNV
- Beförderung im Schülerspezialverkehr (Schulbus)

**für das Schuljahr 2026/2027**

Name und Vorname des Schulkindes:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
besuchte Schule:	
Klasse:	

Die Schülerin / Der Schüler ist schwerbehindert im Sinne des Schwerbehindertengesetzes:

- ja  nein

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ %

Nummer des Schwerbehindertenausweises: \_\_\_\_\_

Kopie des Schwerbehindertenausweises ist beigelegt.  ja

Benötigt Ihr Kind einen Rollstuhl?

- ja  nein

Handelt es sich bei dem Rollstuhl um einen elektronischen Rollstuhl?

ja

nein

Ist der Rollstuhl faltbar?

ja

nein

Muss Ihr Kind sitzend im Rollstuhl befördert werden?

ja

nein

Das Kind ist im Besitz einer Schülerjahresfahrkarte („DeutschlandTicket Schule“):

ja  nein

**Antragsgründe:**

Langfristige Erkrankung gemäß  
beigefügtem ärztlichen Attest:

ja

nein

Unfall in der Schule/auf dem Schulweg:

ja

nein

Sportunfall im Verein:

ja

nein

sonstiger Unfall in der Freizeit:

ja

nein

Falls Unfall mit „ja“ angegeben, sind folgende Angaben notwendig:

Name des Unfallverursachers:

---

Unfallort:

---

Unfallzeitpunkt:

---

Versicherung des Unfallverursachers:

---

Versicherungsnummer:

---

Unfalldarstellung:

---

---

---

---

---

**Sonstige Gründe**

Gründe, die aus Sicht des Antragstellers die Übernahme der Kosten für die Beförderung im Schülerspezialverkehr durch den Schulträger erfordern; **Nachweise sind beizufügen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Angaben zu den Kindeseltern/Sorgeberechtigten:**

**Bitte vollständig ausfüllen, unvollständig ausgefüllte Anträge können nicht bearbeitet werden !**

Name und Vorname des Vaters:	
Anschrift:	
Tel.-Nr.:	
Arbeitgeber:	
Anschrift des Arbeitgebers:	
Tägliche Arbeitszeit (Beginn/Ende):	

Name und Vorname der Mutter:	
Anschrift:	
Tel.-Nr.:	
Arbeitgeber:	
Anschrift des Arbeitgebers:	
Tägliche Arbeitszeit (Beginn/Ende):	

Ich/Wir beziehe/n Leistungen gem. SGB II („Bürgergeld“) :  ja  
 nein

Ich/Wir beziehe/n Leistungen gem. SGB XII (Grundsicherung) :  ja  
 nein

Wir sind gemeinsam sorgeberechtigt:  ja  
 nein

Als Antragsteller/in habe ich das alleinige Sorgerecht:  ja  
 nein

Anzahl der Privatfahrzeuge in der Familie: \_\_\_\_\_

Ich kann / Wir können mein / unser Kind mit dem privaten PKW zur Schule bringen:

ja

nein    Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anzahl** der minderjährigen Kinder im Haushalt: \_\_\_\_\_

**Alter** der minderjährigen Kinder im Haushalt: \_\_\_\_\_

**Der beiliegende Vordruck *Ärztliche Bescheinigung* wurde  
durch den behandelnden Arzt / Kinderarzt ausgefüllt**

Von dem übersandten Merkblatt habe/n ich/wir Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten