

# Antrag auf Erstattung des Eigenanteils für das Deutschland-Schul- ticket im Zeitraum September 2024 bis Dezember 2024

Einen Anspruch auf Kostenerstattung haben alle Schüler\*innen deren Fahrten zur Schule nicht über die reguläre Schülerbeförderung (Listenschüler) abgedeckt ist.

Der Wohnort oder die Schule der Schüler\*innen muss sich im Kreis Steinburg befinden.

Die Kostenerstattung beträgt pro Monat 20 Euro und wird einmalig rückwirkend für maximal 4 Monate ab Januar 2025 direkt erstattet.

Die Kostenerstattung ist von den Eltern oder den volljährigen Schüler\*innen ab dem 01. Dezember 2024, spätestens jedoch bis zum 28. Februar 2025 zu beantragen. Der Antrag ist einmalig zu stellen.

## 1) Angaben zur Schülerin / zum Schüler

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Schule & Standort: \_\_\_\_\_

Jahrgangsstufe ab SJ 24/25: \_\_\_\_\_

## 2) Angaben zum gesetzlichen Vertreter bzw. zur volljährigen Schülerin/zum volljährigen Schüler

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

## 3) Angaben zur Kostenerstattung

Bankverbindung (Institut): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_



**Kreis  
Steinburg**  
Der Landrat

#### 4) Von der Schule auszufüllen

Der/Die Schüler/in besucht aktuell unsere Schule.

Die o.a. Angaben werden  
bezogen auf den Schulbesuch  
bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Schulstempel und Unterschrift

Hiermit bestätige ich, keine weitere Rabattierung für das Deutschland-Schulticket bei einer anderen Behörde beantragt zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragsteller\*in / Eltern

**Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Antrag an die folgende Adresse:**

Kreis Steinburg  
Der Landrat  
Amt für Kreisentwicklung  
Abteilung ÖPNV  
Viktoriastr. 16-18  
25524 Itzehoe

**Oder per Mail an:**

[oePNV@steinburg.de](mailto:oePNV@steinburg.de)



**Kreis  
Steinburg**  
Der Landrat