

Antrag auf Erstattung des Mobilitätsbeitrages Standort: Bocholt

interne Bearbeitungsnummer: _____

Eingangsdatum: _____

Beleg-Nummer: _____

Bachelor:

FB 5: Angewandte Elektrotechnik Informatik/Softwaresysteme International Management Wirtschaft
 Wirtschaftsinformatik

FB 6: Bionik Mechatronik Wirtschaftsingenieurwesen

Master:

FB 5: Dienstleistungsmanagement Verteilte Systeme

FB 6: Business Engineering Maschinenbau (Robotik, Leichtbau)

Erstattungsgrund: Erläuterungen, siehe Merkblatt zur Erstattung sowie Beitragsordnung der Studierendenschaft der Westfälischen Hochschule
(Amtliche Mitteilungen Nr. 15 – 16.6.2016)

Ich beantrage, die Erstattung des Mobilitätsbeitrages, da ich ...

- ... durch eine körperliche Einschränkung, bereits nach dem Schwerbehindertengesetz, den Anspruch auf unentgeltliche Beförderung habe. Ich bin somit, im Besitz des Beiblatts mit gültiger Wertmarke.
- ... aufgrund einer körperlichen Einschränkung oder einer Erkrankung, den öffentlichen Personennahverkehr nicht nutzen kann. Einen entsprechenden Nachweis meines Arztes füge ich diesem Antrag bei.
- ... mich auf Grund meines Studiums nachweislich, im Ausland aufhalte. (Nachweise siehe Merkblatt)
- ... in einem, bereits über die Hochschule genehmigten, Urlaubssemester befinde. (Nachweise siehe Merkblatt)
- ... bereits im Besitz einer Freifahrtberechtigung, welche nachweislich den gesamten Gültigkeitsbereiches des Semestertickets umfasst, verfüge. Eine Kopie der Freifahrtberechtigung füge ich diesem Antrag bei.
- ... mich auf Grund meiner Abschlussarbeit (Bachelor-/Masterarbeit) oder eines Praxissemesters außerhalb des Gültigkeitsbereiches des Semestertickets (NRW) aufhalte. (Nachweise siehe Merkblatt)
- ... mich, bei der Hochschule, exmatrikuliert habe. Die Exmatrikulationsbescheinigung füge ich diesem Antrag bei.

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Matrikelnummer: _____ Email-Adresse: _____

IBAN: DE _____

Name der Bank: _____ Kontoinhaber(falls abweichend): _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den vollen Beitrag überwiesen zu haben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht erstattete Beträge zurückgefordert werden. Eine Nichtbeachtung der Regelungen, führt zur Ablehnung des Antrags. Des Weiteren willige ich ein, dass meine oben genannten Daten für die Kontaktmöglichkeit und Organisation der Erstattung verwendet und nach einem Jahr, zum Ende des dann laufenden Semesters, gelöscht werden. Zugriff hat lediglich der ASTA Mobilitätsreferent. Eine Weiterleitung der Erstattung, erfolgt aus organisatorischen Gründen, an den ASTA Finanzreferenten, sowie der Kassenverwalterin.

Datum und Unterschrift Antragssteller: _____

Diese Felder werden vom ASTA ausgefüllt:

Erstattung erfolgt ab: _____ Erstattung erfolgt bis: _____ Anzahl Monat/e: _____

Betrag der Erstattung: _____ € Semesterticketreferent: _____

Finanzreferent: _____ Kassenverwalterin: _____

Auszahlung veranlasst am: _____ Auszugsnummer: _____