



Antrag auf Hilfsmittel im Rahmen der Inklusionsleistungen nach § 9 Abs. 2 BerlHG

Eingang:

Name	
Vorname	
Straße, Nr.	
	Berlin
Email:	
Telefon:	

Beratung Barrierefrei Studieren
Hardenbergstr. 34, 10623 Berlin
Tel.: 93939-8416
Thielallee 38, 14195 Berlin
Tel.: 93939-9020
Franz-Mehring-Platz 2, 10243 Berlin
Tel.: 93939-8441/8442

Hochschule	Matrikelnummer	Studiengang: Anzahl FS: Anzahl HS:
-------------------	-----------------------	--

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Ggf. genauere Bezeichnung der Behinderung
<input type="checkbox"/> Hörbehinderung		
<input type="checkbox"/> Gehörlos		
<input type="checkbox"/> Sehbehinderung		
<input type="checkbox"/> Körperbehinderung		
<input type="checkbox"/> Chron. Erkrankung		
<input type="checkbox"/> Sonstige		

Ich erhalte folgende Leistungen	
Unterstützungsart:	Höhe in €:
Landespflegegeld	
Blindenhilfe	
BAföG	
Unfallkasse	
Sonstiges	

Bankverbindung	
Kontoinhaber*in	
IBAN	
BIC	
Geldinstitut	
mtl. Einkommen	

Art Hilfsmittel (bitte 3 Kostenvoranschläge einreichen):

Individuelle Begründung Bedarf Hilfsmittel (bitte ausfüllen):

(für weitere Begründung bitte Beiblatt verwenden)

Berlin, den

Unterschrift Antragsteller*in