



Erstantrag auf 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:
-------------------	-----------------------	---

Integrationshilfe		Monatlicher Stundenumfang in	
		Vorlesungszeit	Vorlesungsfreier Zeit
<input type="checkbox"/>	Studienassistenz		
<input type="checkbox"/>	Gebärdensprachdolmetschen		
<input type="checkbox"/>	Schriftdolmetschen		
<input type="checkbox"/>	Gebärdensprach- u. Schriftdolm.		
<input type="checkbox"/>	Büchergeld	Pauschale	

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	

Individuelle Begründung der Art und des Umfangs der Hilfen (bitte ausfüllen):

(für weitere Begründung bitte Beiblatt verwenden)

Berlin, den

Unterschrift Antragsteller*in