



Erstantrag auf Inklusionsleistungen nach § 9 Abs. 2 BerlHG

Eingang:

Name	
Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
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: Fachsemester: Hochschulsemester:
-------------------	-----------------------	--

Inklusionsleistung	Monatlicher Stundenumfang in	
	Vorlesungszeit	Vorlesungsfreier Zeit
Studienassistenz <input type="checkbox"/>		
Kommunikationshilfen*		
Gebärdensprachdolmetschen (GSD) <input type="checkbox"/>		
Schriftdolmetschen (SD) <input type="checkbox"/>		
Kommunikationsassistenz <input type="checkbox"/>		
Büchergeld <input type="checkbox"/>	Pauschale	

*Kreuzen Sie mehrere Kommunikationshilfen an, können diese nicht zusätzlich sondern **alternativ** genutzt werden. (z.B. Gebärdensprachdolmetschen, alternativ Schriftdolmetschen)

Art der Beeinträchtigung	Grad der Behinderung	ggf. genauere Bezeichnung der Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung		
<input type="checkbox"/> Gehörlos		
<input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung		
<input type="checkbox"/> Körperbeeinträchtigung		
<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