



Folgeantrag auf Inklusionsleistungen nach § 9 Abs. 2 BerlHG

Eingang:

Name	
Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ	
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	Vorlesungsfreie Zeit
<input type="checkbox"/>	Studienassistentz		
<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	

Aktuelles Vermögen: _____ **Euro**
mtl. Einkommen: _____ **Euro**

Stundenumfang der letzten Bewilligung **der VLZ und/oder** **der VLFZ**

Veränderung im Stundenumfang, Begründung:

(für weitere Begründung bitte Beiblatt verwenden)

Berlin, den _____ Unterschrift Antragsteller*in: _____