



Folgeantrag auf Inklusionsleistungen nach § 9 Abs. 2 BerlHG

Name	
Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Email	
Telefon	

Eingang:

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 €:
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: _____