



Antrag auf Hilfsmittel im Rahmen der 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:
-------------------	-----------------------	--

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	

Art Hilfsmittel (bitte 3 Kostenvoranschläge einreichen):

Individuelle Begründung Bedarf Hilfsmittel (bitte ausfüllen):

(für weitere Begründung bitte Beiblatt verwenden)

Berlin, den _____ Unterschrift Antragsteller*in: _____