



## 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

<b>Hochschule</b>	<b>Matrikelnummer</b>	<b>Studiengang:</b> Fachsemester: Hochschulsemester:
-------------------	-----------------------	--

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