Name, Vorname: .....
Straße:.....
Wohnort: .....
Lehrgang: ..... Einstellungsbehörde: .....
Telefon (für Rückfragen): .....

Deutsche Rentenversicherung Bund
Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung –
Fachbereich Sozialversicherung
Dezernat 2122/ Ro 4029

13629 Berlin

Antrag auf Nachteilsausgleich

(Art. 3 Abs. 3 S. 2 i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG)

Bitte ankreuzen!

Hiermit stelle ich einen Antrag auf Nachteilsausgleich für die Modulprüfungen für das Trimester ☐ oder den gesamten Studienverlauf ☐.

☐ **Klausur/ Praxisklausur** ☐ **Hausarbeit** ☐ **Referat** ☐ **Präsentation**
☐ **mündliche Prüfung** ☐ **Portfolio** ☐ **Lernjournal** ☐ **Kurzvortrag**
☐ **Praxisbericht/ reflektierter Praxisbericht**

Ich habe folgende Behinderung/ Einschränkung**:**

Die Behinderung/Einschränkung beeinträchtigt mich bei der Anfertigung der Prüfungsarbeit wie folgt:

Ich benötige folgende zusätzliche Hilfsmittel:

Ich bin schwerbehindert im Sinne des SGB IX Ja ☐ Nein ☐

bzw. den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt

Der Grad der Behinderung beträgt _____ v. H.

Eine aktuelle fachärztliche Stellungnahme, die konkrete Angaben über den aktuellen Gesundheitszustand und über die Auswirkungen der Behinderung auf die Anfertigung der Arbeit sowie einen Vorschlag für den Umfang des Nachteilsausgleichs enthält, ist beigefügt.

Ort, Datum	Unterschrift