

Antrag zur Gewährung besonderer Hilfen zum Nachteilsausgleich

Abgabetermin: Mit Anmeldung zur Prüfung zu den jeweiligen Anmeldeterminen

Name, Vorname			
geboren am		in	
Straße			
PIZ Ort			
Telefon (privat)		Mobil (privat)	
Fax(privat)		E-Mail (privat)	

Ausbildungsberuf / Fortbildung	Prüfungstermin	
Nachfolgend bitte Zutreffendes ankreuzen!		
<input type="checkbox"/> schriftliche Prüfung	<input type="checkbox"/> praktische Prüfung	<input type="checkbox"/> mündliche Prüfung / Fachgespräch

Um welche Art der Behinderung / Benachteiligung handelt es sich?

Wie beeinträchtigt die Behinderung / Benachteiligung den Antragsteller bei der Prüfung?

Welche Maßnahmen zum Ausgleich dieser Behinderung / Benachteiligung werden vom Antragsteller vorgeschlagen?

Zum Nachweis füge ich bei (Zutreffendes bitte ankreuzen!)
<input type="checkbox"/> das Gutachten vom ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> das Gutachten vom berufspsychologischen Dienst der Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> das amtsärztliche Gutachten
Bitte beachten Sie, dass die Nachweise nicht älter als zwei Jahre sein dürfen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzliche/r Vertreter/in