



Antrag auf Nachteilsausgleich

Ihr Name: _____

Welche Nachweise, Kopien fügen Sie dem Antrag bei:

- ☐ Kopie des Schwerbehinderten-Ausweises und / oder
- ☐ Ärztlicher Nachweis über die Behinderung

und

- ☐ eine aktuelle ärztliche Bescheinigung des behandelnden Facharztes / Psychologen / ärztl. Psychotherapeuten, mit den beantragten Maßnahmen für die **aktuell anstehende Prüfung**.
Achtung! Bei Zeitverlängerungen, Angaben bitte immer in Prozent.

und mindestens eine Stellungnahme von:

- ☐ dem Ausbildungsbetrieb oder dem Bildungsträger
- ☐ der Berufsschule
- ☐ dem Beratungs- und Unterstützungszentrum Berufliche Schulen (BSBS) – Ansprechpartner für körperliche / psychische Beschwerden von Auszubildenden
- ☐ dieser Stelle _____

Welche Maßnahme beantragen Sie für die einzelnen Prüfungsteile/-fächer (schriftlich, mündlich, praktisch, ggf. mündl. Ergänzungsprüfung? (z.B. Zeitverlängerung (Angaben in Prozent), Hilfsmittel, etc.)

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nach Art. 6 Abs., 1 lit. c und e DSGVO zur Ausübung der per Gesetz übertragenen öffentlichen Aufgaben. Bitte beachten Sie die Informationen und Ihre Betroffenenrechte gem. Art 13 DSGVO auf der letzten Seite.

Ich versichere die Richtigkeit und Aktualität aller vorstehenden Angaben und eingereichten Anlagen. Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragsteller/in