|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |  |
|  | |  | Antrag auf Nachteilsausgleich  **zur Berücksichtigung besonderer Belange  behinderter Menschen  bei Zwischen-, Abschluss- und Fortbildungsprüfungen** | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  | |  |
|  | **Bitte beachten Sie! Sie müssen den Antrag spätestens mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung  einreichen. Wir können nur vollständige Antrags-Unterlagen bearbeiten.** | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **Angaben zu Ihnen** | | | | | weiblich | männlich | divers |  |
|  | Handelskammer Hamburg  Geschäftsbereich Berufsbildung und  Prüfungen  Postfach 11 14 49  20414 Hamburg |  |  |  |
|  |  |  |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | Name, Vorname | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | Straße, Haus-Nr. | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | PLZ | | Ort | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Geburtsdatum |  |  | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  | | | |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Telefon tagsüber/mobil | | |  | E-Mail | | | |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **Angaben zu Ihrer Prüfung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Ausbildungsberuf / Fortbildungsprüfung | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Fachrichtung | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Qualifikations-Schwerpunkt | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | **Art und Temin** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Zwischenprüfung | | | | | | | | | Abschlussprüfung | | | | | | | | | AP 1 | | | | AP 2 | | Fortbildungsprüfung | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Frühjahr | | | | | | Sommer | | | | | | | Herbst | | | | Winter | | | | | 1. Halbjahr | 2. Halbjahr | | Jahr | |  | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Angaben zur Behinderung / Einschränkung (bitte kurz beschreiben): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | Körperliche Behinderung: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | Seh-Behinderung: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | Hör-Behinderung: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | Psychische Behinderung: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | Sonstiges: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | | Bitte wenden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Antrag auf Nachteilsausgleich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Seite 2 | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Ihr Name: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Welche Nachweise, Kopien und Bescheinigungen legen Sie zu dem Antrag auf Nachteilsausgleich?  Bitte ankreuzen! | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | eine Kopie des Schwerbehinderten-Ausweises | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | | oder | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | | eine ärztliche Bescheinigung über die Behinderung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | | **und** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | | eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Facharztes/Psychologen/ärztlichen Psychotherapeuten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | für die **aktuell anstehende Prüfung.**  Diese Bescheinigung beschreibt und **begründet die konkret beantragten Maßnahmen.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | **und** mindestens eine Stellungnahme (es sind auch mehrere möglich) von: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | dem Ausbildungsbetrieb oder dem Bildungsträger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | der Berufsschule | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | dem Beratungs- und Unterstützungszentrum Berufliche Schulen (BZBS) – | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | Ansprechpartner für körperliche / psychische Beschwerden von Auszubildenden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | dieser Stelle | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Welche Maßnahmen beantragen Sie für die einzelnen Prüfungsteile/-fächer (schriftlich, mündlich, praktisch, ggf.  mündliche Ergänzungsprüfung)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | | (z.B. Zeitverlängerung, Hilfsmittel, Vertrauensperson) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | | 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 S. 1 lit. c und e DSGVO zur Ausübung der per Gesetz übertragenen öffentlichen Aufgaben. Bitte beachten Sie die Informationen und Ihre Betroffenenrechte gemäß 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/der Antragstellers/-in | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Informationen über die Prüfungsteile/-fächer entnehmen Sie bitte den Prüfungstermin-Übersichten unter www.hk24.de. Dieses Formular wurde textoptimiert. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | | 01.04.2025/BI.1c-11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Datenschutzrechtliche Hinweise | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | **Informationspflichten gemäß Art. 13 DSGVO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7 DSGVO | | | | | | | | | | | | | | | Handelskammer Hamburg, vertreten durch den Hauptgeschäftsführer Herrn Dr. Malte Heyne, Adolphsplatz 1, 20457 Hamburg,  Tel.: 040/36138-138, Fax: 040/36138-401, service@hk24.de | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Datenschutzbeauftragter | | | | | | | | | | | | | | | Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten schriftlich unter der oben genannten Anschrift mit dem Adresszusatz Datenschutz-beauftragter oder per E-Mail unter datenschutz@hk24.de | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Verarbeitungszweck und Rechtsgrundlage | | | | | | | | | | | | | | | Ihre personenbezogenen Daten werden verarbeitet zu Zwecken der Durchführung der Berufsausbildung, der Durchführung und Abnahme von Abschluss-, Zwischen-, Umschulungs- oder Fortbildungsprüfungen sowie der Überwachung der Durchführung der Berufsausbil-dungsvorbereitung, der Berufsausbildung und der beruflichen Umschulung. Die Datenverarbeitung erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c und e DSGVO. Sie ist nach mindestens einer der genannten Rechtsgrundlagen zulässig bzw. wegen rechtlicher Verpflichtungen erforderlich: §§ 28, 29, 30, 32, 34, 35, 37, 39, 40, 46, 49, 56, 59, 60, 62, 65, 66, 70, 71, 76, 88 Berufsbildungsgesetz, IHKG, Verbindung mit VorIHKKmbG, HA §54a SGB III. | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Empfänger oder Kategorien von Empfängern | | | | | | | | | | | | | | | Ihre personenbezogenen Daten werden, soweit für den Verarbeitungs-zweck erforderlich, an folgende Empfänger oder Kategorien von Empfängern weitergeleitet: Ausbildende, Aus-zubildende, Ausbilder, Erziehungsberechtigte oder andere gesetzliche Vertreter, ehrenamtliche Prüfer, Prüfungsaufsichten, Prüfungsorte, Berufsschulen, Aufgaben-erstellungseinrichtungen, Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Hamburger Institut für Berufliche Bildung, Kindergeldstellen, Sozial-versicherungsträger, Hamburger Verkehrsverbund, andere Industrie- und Handelskammern, andere zuständige Stellen sowie Innungen, Deutscher Industrie- und Handelskammertag e.V., Bundesministerium für Bildung und Forschung, Schlichtungsstellen, Staatsanwaltschaften, Polizei, Aufsichtsbehörden, Postdienstleister, IHK Gesellschaft für Informationsverarbeitung mbH. | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation | | | | | | | | | | | | | | | Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an ein Drittland oder an eine internationale Organisation findet nicht statt. | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Dauer der Speicherung | | | | | | | | | | | | | | | Ihre personenbezogenen Daten werden für Ausbildungsverhältnisse, Abschluss-, Zwischen-, Umschulungs- und Fortbildungsprüfungen sowie Zusatzqualifikationen 60 Jahre gespeichert. Prüfungsunterlagen werden ein Jahr aufgehoben. Ausbilderdaten werden nach Beendigung der Ausbildertätigkeit fünf Jahre, Prüferdaten nach Beendigung der Prüfer-tätigkeit fünfzehn Jahre aufgehoben. | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Ihre Betroffenenrechte | | | | | | | | | | | | | | | Sie haben gegenüber uns hinsichtlich der Sie betreffenden personen-bezogenen Daten das Recht auf Auskunft über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, das Recht auf Berichtigung und Löschung, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenüber-tragbarkeit. Sie haben das Recht, eine uns gegenüber erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen per Nachricht an den oben genannten Verantwortlichen. | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Beschwerderechte bei einer Aufsichtsbehörde | | | | | | | | | | | | | | | Sie haben das Recht, sich bei dem Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei uns zu beschweren. | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | 15.03.2022/BI./3c-7 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |