

Antrag zur Gewährung besonderer Hilfen zum Nachteilsausgleich

Name, Vorname

Mitantragsteller/in (Ausbildungsbetrieb)

Geb.-Datum

Funktion des Unterzeichners im Betrieb:

Ausbildungsberuf/Fortbildung

Ansprechpartner/in (falls abweichend vom Antragsteller)

Prüfungstermin

Telefon/E-Mail

Stichwortartige Beschreibung der Behinderung/Behinderungsauswirkung

(Falls der vorgesehene Platz nicht ausreichend ist, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.)

Ich /wir beantrage/n entsprechend § 65 BBiG besondere Hilfen zum Nachteilsausgleich

- ☐ besondere Organisation der Prüfung
- ☐ besondere Gestaltung der Prüfung
- ☐ Gewährung spezieller Hilfen

Erläuterung

(Bitte anhand des Merkblattes erläutern!)

Hierzu können folgende Ressourcen bereitgestellt werden

Gutachterliche Stellungnahme:

Die Behinderung wurde

- ☐ durch ein Facharzt festgestellt
- ☐ durch einen Psychologen festgestellt
- ☐ durch eine besondere fachkundige Stelle festgestellt

☐ **Das Attest/Gutachten ist im Original beigelegt**

Name, Anschrift des Arztes, Gutachters usw.

Weitere Stellungnahme:

Eine weitere Stellungnahme

- ☐ des Ausbildungsbetriebes oder
- ☐ der Berufsschule oder
- ☐ eines Bildungsträgers

liegt vor **und**

☐ **ist diesem Antrag beigelegt.**

Datum

Unterschrift
(Antragsteller/in)

Datum

Unterschrift
(Mittragsteller/in Ausbildungsbetrieb)

(VON SACHBEARBEITER/IN AUSZUFÜLLEN)

☐ **Die beantragten Hilfen stellen einen angemessenen Nachteilsausgleich dar.**

Ort, Datum

Unterschrift

Ihre personenbezogenen Daten werden zur Bearbeitung Ihres Antrags von der IHK Pfalz (Ludwigsplatz 2 - 4, 67059 Ludwigshafen; Kontakt des Datenschutzbeauftragten: datenschutz@pfalz.ihk24.de) verarbeitet.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.ihk.de/pfalz/informationspflichten oder können Sie postalisch bei der IHK Pfalz anfordern.