

## Antrag zur Gewährung besonderer Hilfen zum Nachteilsausgleich

Antrag entsprechend §§ 65, 66 BBiG und § 16 PO für besondere Hilfen zum Nachteilsausgleich

**Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen:**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Ausbildungsberuf:** \_\_\_\_\_

**Prüfungstermin:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_ **Mail:** \_\_\_\_\_

Stichwortartige Beschreibung der Behinderung / Behinderungsauswirkung:

\_\_\_\_\_

Ich beantrage entsprechend §§ 65, 66 BBiG besondere Hilfen zum Nachteilsausgleich

**Gewährung spezieller Hilfen** (z. B. Sehhilfen)

\_\_\_\_\_

**Zeitverlängerung** (Angabe in Prozent)

\_\_\_\_\_

Die Behinderung wurde festgestellt:

durch einen Facharzt    durch einen Psychologen    durch eine besonders fachkundige Stelle

Das Attest / Gutachten ist beigefügt.

**Wichtiger Hinweis:** Falls eine Zeitverlängerung beantragt wird, so benötigen wir eine Angabe über die Höhe der Zeitverlängerung durch den Arzt/Schulpsychologen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller