

# Antrag auf Nachteilsausgleich

Studierende/r

Behinderte und chronisch kranke Studierende Ausländische Studierende Studierende mit Kindern bis 12 Jahre oder Schwangere Studierende mit Pflegeverantwortung Sonstige Nachteile (z.B. Teilleistungsstörung)  Beantragte Maßnahme des Nachteilsausgleiches:  Begründung:	Name, Vorname:		
Behinderte und chronisch kranke Studierende Ausländische Studierende Studierende mit Kindern bis 12 Jahre oder Schwangere Studierende mit Pflegeverantwortung Sonstige Nachteile (z.B. Teilleistungsstörung)  Beantragte Maßnahme des Nachteilsausgleiches:  Begründung:	Seminargruppe:	Matrikelnummer:	
Ausländische Studierende Studierende mit Kindern bis 12 Jahre oder Schwangere Studierende mit Pflegeverantwortung Sonstige Nachteile (z.B. Teilleistungsstörung)  Beantragte Maßnahme des Nachteilsausgleiches:  Begründung:	□ männlich	□ weiblich	□ divers
Studierende mit Kindern bis 12 Jahre oder Schwangere Studierende mit Pflegeverantwortung Sonstige Nachteile (z.B. Teilleistungsstörung)  Beantragte Maßnahme des Nachteilsausgleiches:  Begründung:	Behinderte und chr	onisch kranke Studierende	0
Studierende mit Pflegeverantwortung Sonstige Nachteile (z.B. Teilleistungsstörung)  Beantragte Maßnahme des Nachteilsausgleiches:  Begründung:			
Sonstige Nachteile (z.B. Teilleistungsstörung)  Beantragte Maßnahme des Nachteilsausgleiches:  Begründung:		_	
Beantragte Maßnahme des Nachteilsausgleiches: Begründung:			
Begründung:	Sonstige Nachteile		
	Beantragte Maßnahme	des Nachteilsausgleiches:	
	Begründung:		
Date was all into an about the			
Date was all last are also wife			
	 Datum, Unterschrift		



Auflistung der betroffenen Prüfungen im		□ Sommersen □ Wintersemes		20 20/
Prüfungsfach	PrüferIn E-Mail PrüferIn		erIn	



Name, Vorname:		-
Seminargruppe:	Matrikelnummer:	
Antrag auf Nachteilsausgl	eich	
Stellungnahme Sozialkontaktstel	le:	
Datum, Unterschrift	<u> </u>	

Sozialkontaktstelle



Name, Vorname:		
Seminargruppe:	Matrikelnummer:	
Bescheid zum Nachteilsausg	gleich	
Entscheidung des Prüfungsausschu		
Datum, Unterschrift	_	
Prüfungsausschuss		

## Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch eingelegt werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen bei der

Hochschule Mittweida
- Prüfungsausschuss Ihrer Fakultät Technikumplatz 17
04896 Mittweida



#### **Nachweise**

□ Fachärztliches Attest

### Studierende mit Behinderung/chronischer Erkrankung

<ul> <li>□ Kopie Schwerbehindertenausweis</li> <li>□ Fachärztliche Bescheinigung</li> <li>□ (Schul-) Psychologisches Gutachten</li> </ul>
Studierende mit Kind/ern und Schwangere
<ul> <li>□ Kopie Geburtsurkunde Kind/er</li> <li>□ Kopie Mutterpass</li> <li>□ Betreuungskonzept für Kind/er: Bescheinigung über Kita-/Krippen-/Hortbetreuungszeit oder alternatives Betreuungskonzept</li> <li>□ ärztliche Pflegebescheinigung bei Erkrankung des Kindes</li> </ul>
Studierende mit Pflegeverantwortung
□ ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit

□ Nachweis für Angehörige und Kontaktpersonen von Pflegebedürftigen

#### Hinweise zu Fristen

Die Frist zur Antragstellung beträgt <u>vier Wochen vor Beginn der Prüfungszeit</u> bzw. vor Prüfungstermin, falls diese außerhalb einer Prüfungsperiode stattfindet.

Die Prüfenden sind bis spätestens <u>zwei Wochen vor Prüfungstermin</u> durch die Studierenden über einen bewilligten Nachteilsausgleich zu informieren.