

## REGISTRIERUNGSANTRAG für Studierende mit einer Behinderung oder chronischer Erkrankung

Wir bitten um das Ausfüllen des Formulars entweder selbstständig oder mit Hilfe des/der KoordinatorIn für Nachteilsausgleich und um die Überreichung des Formulars an den/die KoordinatorIn. Die Daten werden von den Mitarbeitern der AUB vertraulich behandelt.

### I. Persönliche Daten

Name des/der Studierenden:	
ETN-Code:	
Studiengang:	
Geburtsort, Jahr:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Zeitpunkt der Inskription:	
Zeitpunkt der Registrierung:	

### II. Art und Grad der Behinderung (bitte unterstreichen Sie die zutreffende Antwort/Antworten)

**Psychische Entwicklungsstörung:** Dyslexie; Dysgraphie; Dyskalkulie; Dysorthographie; gemischte Lernstörung; Hyperaktivität; Aufmerksamkeitsstörung; Verhaltenskontrollstörung; sonstiges:.....

**Mobilitätsbeschränkung:** obere Gliedmaße(n); untere Gliedmaße(n); sonstiges:.....  
Verwendung von Hilfsmitteln: Gehstock; andere Hilfsmittel zur Unterstützung der Fortbewegung; ein solches Mittel wird nicht benutzt

**Sehkraftbeeinträchtigung:** schwaches Sehen (V= 0,1-0,3 und/oder Sichtfeldeinschränkung); erhebliche Sehkraftbeeinträchtigung (V<0,1 und/oder Sichtfeldeinschränkung); Blindheit. **Mobilität:** benutzt weißen Blindenstock; wird von einer sehenden Person begleitet; benutzt einen Blindenhund (und einen Blindenstock); verwendet keine Hilfsmittel oder wird nicht von Hilfspersonen begleitet.

**Hörschwäche:** leichte Hörschwäche (25-40 dB); mittlere Hörschwäche (40-60 dB); erhebliche Hörschwäche (60-90 dB); Taubheit (über 90 dB)  
Verwendung von Hilfsmitteln: benutzt Hörgerät; benutzt FM-Gerät; benutzt ein Cochlea-Implantat; benutzt kein Hilfsmittel

**Sprachstörung:** Typ: Stottern; Haspeln; Dysphasie; Aphasie; Dyslalie; Sysphonie; Rhinophonie; Dysarthrie; Mutismus; schwere Sprachvernehmungs- und Sprachverständnisstörungen; Dyslalie; sonstiges:.....

### Autismus-Spektrum-Störungen /Asperger-Syndrom

### III. Diagnose einer chronischen Erkrankung:

.....

.....

Wir weisen darauf hin, dass Sie mit ihrer freiwilligen Registrierung Ihre Zustimmung dazu abgeben, dass die Hochschuleinrichtung gemäß den Vorschriften des Hochschulgesetzes die jährlich gewährte Zusatzförderung für Studierende mit einer ärztlich bescheinigten Behinderung in Anspruch nimmt. Mit dem Finanzrahmen der Förderung können wir entsprechend den Bedürfnissen unserer betroffenen Studierenden solche zusätzlichen Unterstützungen gewähren, die dazu beitragen, bestehende Hindernisse im Zusammenhang mit den Studien abzubauen. Betroffene Bereiche können etwa die Erzielung der weiteren physischen oder informationellen Barrierefreiheit oder der Einsatz persönlicher Helfer sein.

Nach Einreichung des Formblattes prüfen wir, ob die eingereichten Dokumente und Nachweise den gesetzlichen Vorgaben sowie den Formerfordernissen entsprechen. Über die erfolgreiche Registrierung wird der Studierende schriftlich von uns unterrichtet.

Danke, dass Sie sich vertrauensvoll an uns gewendet haben.

Datum:

Unterschrift des/der Studierenden

Beigefügte Dokumente (Gutachten<sup>1</sup>):

1.

2.

3.

---

<sup>1</sup> Der/Die Studierende hat das Gutachten im Original oder als beglaubigte Kopie einzureichen. Ist das Original nicht ungarisch- oder deutschsprachig, so ist das Original sowie eine beglaubigte deutsche oder ungarische Übersetzung einzureichen.