

Name, Vorname:

Straße:

Wohnort:

Telefon (für Rückfragen):

**Bundesamt für Soziale Sicherung
Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn**

Antrag auf Nachteilsausgleich

Hiermit beantrage ich die Verlängerung der Bearbeitungszeit für die Anfertigung der schriftlichen Prüfungsarbeiten für folgende Prüfung:

Zwischenprüfung am:

Ausbildungsberuf:

Fachrichtung:

Abschlussprüfung am:

Ausbildungsberuf:

Fachrichtung:

Fortbildungsprüfung am:

Krankenkassenfachwirt

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Verwaltungsfachwirt

Sozialversicherungsfachwirt

Ich habe folgende Behinderung:

Die Behinderung beeinträchtigt mich bei der Anfertigung der Prüfungsarbeiten wie folgt:

Ich benötige folgende zusätzliche Hilfsmittel:

Ich bin schwerbehindert im Sinne des SGB IX
bzw. den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt

Ja Nein

Der Grad der Behinderung beträgt _____ v. H.

Eine Kopie des Schwerbehindertenausweises bzw. des Bescheids der Bundesagentur für Arbeit über eine Gleichstellung ist beigefügt.

Ein aktuelles fachärztliches Gutachten, das eine Diagnose, konkrete Angaben über den aktuellen Gesundheitszustand und über die Auswirkungen der Behinderung auf die Anfertigung der Arbeiten sowie einen Vorschlag für den Umfang des Nachteilsausgleichs enthält, ist beigefügt.

| | |
|--|--|
| <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Ort, Datum</p> | <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Unterschrift</p> |
|--|--|