**Studieren mit Behinderung/chronischer Krankheit**

**Formular: Antrag auf Nachteilsausgleich**

Bitte lesen Sie zuerst das «Informationsblatt: Antrag und Gewährung eines Nachteilsausgleichs» und füllen Sie dieses Antragsformular nach erfolgtem Informations-/Beratungsgespräch mit der Kontaktstelle «Inklusives Studium» vollständig am Computer aus, vielen Dank!

1. **Personalien des Antragstellers/der Antragstellerin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Text… | Vorname | Text… |
| Strasse | Text… | PLZ / Ort | Text… |
| E-Mail | Text… | Telefon | Text… |
| Studienjahrgang | KR.21, PR.21,… | Semester | Text… |
| Matrikelnummer (falls bereits bekannt) | Text… | Mentor/-in (falls bereits bekannt) | Text… |

1. **Weshalb beantragen Sie einen Nachteilsausgleich?**
2. Beschreiben Sie, aufgrund welcher Behinderung/chronischen Krankheit Sie einen Antrag auf Nachteilsausgleich stellen.

|  |
| --- |
| Text… |

1. Beschreiben Sie, wie sich die Behinderung/chronische Krankheit auf studien- und berufsrelevante Tätigkeiten auswirkt bzw. in welcher Form studienrelevante Tätigkeiten an der PH Luzern beeinträchtigt sein könnten.

|  |
| --- |
| Text… |

1. **Wie könnte der behinderungs- respektive krankheitsbedingte Nachteil ausgeglichen werden?**
2. Allgemeine Überlegungen

|  |
| --- |
| Text… |

1. **Für welche Bereiche/Studienleistung möchten Sie einen Nachteilsausgleich stellen?**

|  |  |
| --- | --- |
| Studienzeitanpassung | Prüfung |
| Studienunterbruch | Fach / Veranstaltung |
| Stundenplananpassung | Leistungsnachweis |
| Modulverschiebung | Praktikum |
| Anderes, nämlich: Text… | |

* 1. Bitte tragen Sie die genauen Angaben zu den Studienleistungen ein, für die Sie einen Nachteilsausgleich beantragen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sem.** | **Fach** | **Studienleistung\*** | **Modul-nummer** | **Datum/**  **Uhrzeit\*\*** | **Mögliche Massnahme(n)** | **Modul-**  **verantwortliche/-r** |
| Text… | Text… | Text… | Text… | Text… | Text… | Text… |
| Text… | Text… | Text… | Text… | Text… | Text… | Text… |
| Text… | Text… | Text… | Text… | Text… | Text… | Text… |
| Text… | Text… | Text… | Text… | Text… | Text… | Text… |

**\*** Prüfung, Veranstaltung, Leistungsnachweis, Praktikum oder Anderes

**\*\***  Bei Prüfung(en) bitte Datum und Uhrzeit (wenn bekannt), Praktika etc. bitte Datum angeben.

|  |
| --- |
| Weitere Bemerkungen: Text… |

**Checkliste**

|  |
| --- |
| Die Richtlinien im «Informationsblatt: Antrag und Gewährung eines Nachteilsausgleichs» wurden berücksichtigt. |
| Die Beratung bei der Fachstelle «Inklusives Studium» ist erfolgt. |
| Das «Formular: Antrag auf Nachteilsausgleich» ist vollständig, korrekt und detailliert ausgefüllt. |
| Die Termine und Fristen sind eingehalten (mindestens 8 Wochen vor Inkrafttreten). |
| Gutachten einer spezialisierten Fachperson oder Fachstelle (nicht älter als 1 Jahr) liegt bei mit folgenden Angaben:  Diagnose gemäss ICF Klassifikation  Zeitpunkt der Diagnose  Einschätzung zum Verlauf der Behinderung/chronischen Krankheit  Einschätzung zu den Auswirkungen der Behinderung/chronischen Krankheit auf das Studium an der PH Luzern und im Berufsleben als Lehrperson.  Empfehlungen betreffs möglicher Massnahmen zum Nachteilsausgleichs für das Studium, für die beantragte Studienleistung. |

Bitte reichen Sie den unterschriebenen Antrag inklusive Unterlagen bei der Kontaktstelle «Inklusives Studium» / Fachstelle Diversität und Inklusives Studium: [dis@phlu.ch](mailto:dis@phlu.ch) ein.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort | Datum | Text… | Ich (Antragsteller/-in),.Vorname/Name., bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben und dass die erforderlichen Unterlagen vollständig sind. |