**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 ein.

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