**Antrag auf zusätzliche Mittel für Geförderte mit Behinderung**

**oder einer chronischen Erkrankung**

Beachten Sie beim Ausfüllen des Antragsformulars bitte unbedingt die Informationen zur Berechnung der beantragten Mehrkosten in den **“**[**Allgemeinen Hinweisen**](https://eu.daad.de/service/downloadcenter/de/46402-downloadcenter/?q=Allgemeine%20Hinweise&documentCategories%5b%5d=44&sortBy=download.title_asc&page=1)**“.**

**Allgemeine Daten** **der antragstellenden Einrichtung**

Projektnummer Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Programmlinie Wählen Sie ein Element aus.

Aktion Wählen Sie ein Element aus.

Erasmus-Code Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name der Hochschule Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name E+ Koordinierende/r Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Partnereinrichtung**

Name der Einrichtung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Land und Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Geförderte Person**

Name, Vorname Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Mobility-ID Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Fachbereich/ISCED-Code Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## **Finanziell geförderter Zeitraum gemäß Beneficiary Module**

Förderzeitraum (ohne Reisetage) vom bitte Datum eingeben bis bitte Datum eingeben

Förderzeitraum in Tagen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Förderzeitraum in Monaten und zusätzlichen Tagen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anzahl zusätzliche Reisetage Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Finanzierung der beantragten Kosten (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Es werden zusätzliche Mittel zur Finanzierung der Kosten benötigt. Wir bitten um Erhöhung der Projektmittel.

**oder**

Die Kosten werden aus den bereits bewilligten Projektmitteln finanziert, es ist keine Erhöhung der Projektmittel notwendig. (Hinweis: Für die Linie KA171 ist diese Option nicht möglich, bitte nur die erste Option ankreuzen.)

Bei Auswahl der zweiten Option bitte angeben, aus welcher Aktion die Mittel transferiert werden.

SMS

SMP

STA

STT

**Erforderliche Nachweise/ beigefügte Unterlagen**

**Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigefügt:**

Antragsformular

Anlagen/belegende Unterlagen zur Kostenkalkulation

**Folgende Unterlagen werden in der Gefördertenakte aufbewahrt:**

Kopie des Schwerbehindertenausweises

oder ärztliches Attest

oder Bescheid des Landessozialamts

oder sonstige Nachweise, durch die die Beeinträchtigung oder Erkrankung glaubhaft gemacht werden kann, beispielsweise die Bestätigung seitens approbierter Therapeuten.

## **Richtigkeit der Angaben muss von der/dem Erasmus+ Koordinierenden bestätigt werden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Ich, Name des/der Erasmus+ Koordinierenden, bestätige hiermit, dass ich die Informationen in den **Allgemeinen Hinweisen** gelesen und berücksichtigt habe sowie die Richtigkeit der Angaben dieses Antrags

Sofern der Antrag nicht persönlich von der/dem Erasmus+ Koordinierenden eingereicht wird:

Ich, Name der anderweitigen Mitarbeitenden des International Offices, bestätige hiermit, dass der/die Erasmus+ Koordinierende über den Antrag informiert ist und die Richtigkeit der Angaben dieses Antrags bestätigt hat. (In diesem Fall bitte den/die Erasmus+ Koordinierende/n bei der Einreichung des Antrags in Kopie (CC) setzen)

**Datum:** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

**Kostenrechnung und Anlagen**

**Beschreibung der Umstände/Situation der/des Geförderten aufgrund derer Mehrkosten geltend gemacht werden:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Detaillierte Aufstellung/Berechnung und Erläuterung der Kosten**

Bitte erläutern Sie hier die Kostenpunkte sowie deren Notwendigkeit und geben Sie die **Berechnung der beantragten Summen für den gesamten Förderzeitraum an**.

Beachten Sie hierbei bitte die Informationen zur Berechnung der angesetzten Kosten in den **„Allgemeinen Hinweisen“.**

1. **Reisekosten für Geförderte**

Bei Nutzung eines privaten PKWs berechnen Sie bitte 0,30 Euro/km. Bitte geben Sie in diesem Fall neben einer Erläuterung zur Notwendigkeit die km-Anzahl an und belegen Sie diese anhand eines Screenshots.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Position | Anl.-Nr. | Erläuterungen/Notwendigkeit und Rechenweg | Summe  (Euro) |
| 1.1. Reisekosten für Geförderte (An- und Abreise) | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| 1.2. Sonstige Fahrtkosten (privater PKW vor Ort (0,30 Euro/km), Taxi-Transportkosten) | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| 1.3. abzüglich E+ Reisekosten-pauschale (sofern zutreffend) | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| **Summe**  **Reisekosten** |  | | Bitte hier eingeben |

1. **Kosten für Unterkunft**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Position | Anl.-Nr. | Erläuterungen/Notwendigkeit und Rechenweg | Summe  (Euro) |
| 2.1. Unterkunft für Geförderte mit Beeinträchtigung | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| 2.2. abzüglich Unterkunft für Geförderte ohne Beeinträchtigung | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| **Summe**  **Kosten Unterkunft** |  | | Bitte hier eingeben |

1. **Kosten für Assistenz**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Position | Anl.-Nr. | Erläuterungen/Notwendigkeit und Rechenweg | Summe  (Euro) |
| 3.1. Lohnkosten Assistenz | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| 3.2. Reisekosten Assistenz | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| 3.3. Unterkunft Assistenz | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| 3.4. abzüglich Erstattung von Dritten (KK, Sozialamt etc.) | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| **Summe**  **Kosten Assistenz** |  | | Bitte hier eingeben |

1. **Pauschalen für Begleitperson aus dem Heimatland**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Position | Anl.-Nr. | Erläuterungen/Notwendigkeit und Rechenweg | Summe  (Euro) |
| 4.1. Tageskosten nach ST-Pauschale | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| 4.2. Reisekosten nach ST-Pauschale ([distance calculator](https://erasmus-plus.ec.europa.eu/resources-and-tools/distance-calculator)) | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| 4.3. abzüglich Erstattung von Dritten (KK, Sozialamt etc.) | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| **Summe Kosten**  **Begleitperson** |  | | Bitte hier eingeben |

1. **Kosten für medizinische Betreuung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Position | Anl.-Nr. | Erläuterungen/Notwendigkeit und Rechenweg | Summe  (Euro) |
| 5.1. Kosten medizinische Betreuung | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| 5.2. abzüglich Erstattung von Dritten (KK, Sozialamt etc.) | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |
| **Summe Kosten medizinische Betreuung gesamt** |  | | Bitte hier eingeben |

1. **Kosten für spezielles didaktisches Material**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Position | Anl.-Nr. | Erläuterungen/Notwendigkeit und Rechenweg | Summe  (Euro) |
| **6. Kosten für didaktisches Material** | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |

1. **Kosten für Sonstiges**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Position | Anl.-Nr. | Erläuterungen/Notwendigkeit und Rechenweg | Summe  (Euro) |
| **7. Kosten für Sonstiges** | Anl.-Nr. | Bitte hier eingeben | Bitte hier eingeben |

1. **Kosten gesamt/beantragte Mittel gesamt in Euro:**

**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

## **Prüfung der NA DAAD**

**Bewilligte Gesamtsumme** (auf volle Euro abgerundet):

**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Geprüft von: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.