



Bildungs- und Kulturdirektion
Mittelschul- und Berufsbildungsamt
Abteilung Schulische Berufsbildung und Weiterbildung

Kasernenstrasse 27
3013 Bern

Gesuch um Nachteilsausgleich an den Berufsmaturitätsprüfungen

Menschen mit Behinderungen können in der Bildung Benachteiligungen erfahren, wenn ihren besonderen Bedürfnissen nicht Rechnung getragen wird. Mittels diesem Formular können betroffene Lernende einen Antrag um Nachteilsausgleich für das Qualifikationsverfahren stellen.

Bitte beachten Sie:

Gestützt auf Artikel 35 Abs. 3 der Verordnung der Berufsbildung (BBV; SR 412.101)¹ werden Menschen mit einer Behinderung bei Bedarf angemessen besondere Hilfsmittel und oder mehr Zeit gewährt. Das Mittelschul- und Berufsbildungsamt des Kantons Bern zieht hierfür auch das Merkblatt des SBFJ «Nachteilsausgleich für Menschen mit Behinderung in der Berufsbildung» bei. Heilbare Beeinträchtigungen aus Krankheit oder Unfällen sowie mangelnde Sprachkenntnisse gelten nicht aus gleichberechtigte Behinderung.

Das Gesuch um Nachteilsausgleich ist vollständig ausgefüllt und von allen Parteien unterschrieben spätestens **drei Monate** vor Beginn der ersten Prüfung der Prüfungssession einzureichen.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite unter www.be.ch/nachteilsausgleich.

1. Personalien lernende Person

Tragen Sie folgend die Angaben der betroffenen lernenden Person ein:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	AHV-Nr.	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Tel. Persönlich	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>		
Berufsfach-/Berufsmaturitätsschule	<input type="text"/>	Klasse	<input type="text"/>

¹ Verordnung über die Berufsbildung vom 19. November 2003 (Stand am 1. April 2022) (Berufsbildungsverordnung, BBV)

2. Gesetzliche Vertretung

Falls die lernende Person noch nicht volljährig ist oder eine gesetzliche Vertretung in Form eines Vormundes hat, tragen Sie folgende Angaben der gesetzlichen Vertretung ein:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Tel. Nr.	<input type="text"/>		
E-Mail Adresse	<input type="text"/>		

3. Angaben zur Berufsbildung

Die Angaben zu der Berufsbildung finden Sie im Lehrvertrag der lernenden Person.

Beruf	<input type="text"/>
Branche	<input type="text"/>
Nur BM 1:	<input type="text"/>
Lehrbetrieb	<input type="text"/>
Lehrvertragsnummer	<input type="text"/>

4. Leistungsbeeinträchtigung

Geben Sie folgend die Beeinträchtigung/-en der lernenden Person an. Diese muss mit einem Gutachten von einer Fachperson mit eidgenössischem anerkanntem Fachtitel aus den Disziplinen Neuropsychologie, Neuropsychiatrie oder Psychotherapie oder einem Facharztstitel für Spezialisierungen im Bereich der entsprechenden Beeinträchtigung diagnostiziert sein:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dyslexie
Legasthenie, Lese-Rechtschreibstörung, Schriftsprachenerwerbsstörung | <input type="checkbox"/> Dyskalkulie
Mangelhaftes Verständnis von Zahlen und math. Operationen |
| <input type="checkbox"/> AD(H)S
Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Störung | <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung
Frühkindlicher- und Atypischer Autismus, Asperger Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Hörbehinderung
Gehörlos, Schwerhörig, Spätertaub, CI-Träger/innen | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung
Blindheit, schwere, mittlere und leichte Sehbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung
Beeinträchtigung der Kognitiv-intellektuellen Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> Psychische Behinderung
Wahrnehmungs-, Gedächtnisstörung, Intelligenzminderung, etc. |

Andere Beeinträchtigung

Tragen Sie folgend die genaue Beschreibung der Beeinträchtigung ein:

Weitere Bemerkungen zu der Leistungsbeeinträchtigung:

5. Personalien betreuende Person

Sofern eine Betreuungsperson wie z. B. Coach oder Psychiater/-in, die lernende Person während der beruflichen Grundbildung begleitet, tragen Sie für eventuelle Rückfragen zu der Beeinträchtigung oder für die Festlegung der Massnahmen die folgenden Angaben ein:

Name	<div style="background-color: #cccccc; width: 270px; height: 25px;"></div>	Vorname	<div style="background-color: #cccccc; width: 270px; height: 25px;"></div>
Institution	<div style="background-color: #cccccc; width: 690px; height: 25px;"></div>		
Telefon	<div style="background-color: #cccccc; width: 270px; height: 25px;"></div>		
E-Mail Adresse	<div style="background-color: #cccccc; width: 690px; height: 25px;"></div>		

- Die Betreuungsperson soll von der Korrespondenz eine Kopie erhalten
- Die Betreuungsperson soll eine Kopie des Entscheides des Nachteilsausgleichs erhalten

6. Antrag um Nachteilsausgleich

Wählen Sie folgend die betroffenen Bereiche aus und beschreiben Sie im Feld daneben die möglichen Massnahmen wie z. B. zeitliche Modifikation, räumliche Massnahmen oder technische Hilfsmittel. Informationen zu den Kompetenznachweisen in der Bildung in beruflicher Praxis finden Sie in der Verordnung über die berufliche Bildung und in den zugehörigen Bildungsunterlagen (Bildungsplan, Leitfaden, Ausführungsbestimmungen, etc.):

Betroffene Fächer & Handlungskompetenzbereiche

schriftlich

mündlich

Art und Umfang des Nachteilsausgleichs (Verlängerung der Prüfungszeit):

Art und Umfang der notwendigen Hilfsmittel/Geräte:

Weitere Bemerkungen/Angaben zum Antrag um Nachteilsausgleich:

7. Beilagen

Folgendes Dokument ist dem Gesuch um Nachteilsausgleich zwingend beizulegen:

Aktuelles Gutachten² mit Diagnose einer Fachärztin oder eines Facharztes

Weitere Unterlagen

Sofern Sie weitere Unterlagen zum Nachweis einer Beeinträchtigung oder mit ergänzenden Informationen zum Antrag haben, tragen Sie diese folgend ein:

² Das Gutachten muss für die Stufe Sek II erstellt oder aktualisiert worden sein.

8. Bestätigung und Einreichung

Für die Bearbeitung des Gesuches um Nachteilsausgleich sowie die Einleitung der weiteren Schritte ist der Informationsaustausch unter den involvierten, zuständigen Stellen notwendig. Mit den Unterschriften bestätigen die unterzeichnenden Personen die Korrektheit der Angaben und erteilen den mit dieser Aufgabe betrauten Personen eine Vollmacht, die notwendigen Abklärungen zu tätigen. Die Verantwortlichen unterliegen dabei der Geheimhaltungspflicht und müssen über Tatsachen, die ihnen in der Ausübung ihrer Tätigkeit bekannt werden, Stillschweigen bewahren.

	Datum	Unterschrift
Lernende Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesetzliche Vertretung (Nur wenn unter Abschnitt 2 angegeben)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verantwortliche/r Berufsbildner/in (nur bei BM 1 Typ Wirtschaft)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit den Beilagen an die entsprechende Stelle der Berufsfachschule/Berufsmaturitätsschule.

Bitte beachten Sie

Beim Entscheid für die Gewährung eines Nachteilsausgleichs halten wir uns an folgende Kriterien:

- Mangelnde Kenntnisse der Unterrichts- oder Prüfungssprache berechtigt nicht zu Prüfungsanpassungen oder Nachteilsausgleich.
- Es werden nur formale Erleichterungen wie Zeitzugabe, längere Pausen oder besondere Hilfsmittel gewährt.