



Bildungs- und Kulturdirektion
Mittelschul- und Berufsbildungsamt
Abteilung Betriebliche Bildung
Fachbereich Qualifikationsverfahren

Kasernenstrasse 27
3013 Bern
+41 31 633 87 43
nachteilsausgleich.abb@be.ch
www.be.ch/nachteilsausgleich

Gesuch um Nachteilsausgleich für die überbetrieblichen Kurse

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 die überbetrieblichen Kurse stellen.

Bitte beachten Sie:

Laut Verordnung über die Berufsbildung (Art. 35. Abs. 3) vom 19. November 2003 und dem Leitfa-
den «Nachteilsausgleich für Menschen mit Behinderung in der Berufsbildung» berechtigen heil-
bare Beeinträchtigung aus Krankheiten oder Unfällen sowie mangelnde Sprachkenntnisse nicht
zu einem Nachteilsausgleich.

Das Gesuch um Nachteilsausgleich ist vollständig ausgefüllt und von allen Parteien unterschrieben bei Berufsbildungsbeginn 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"/>		

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"/>		
Lehrbetrieb	<input type="text"/>		
Strasse	<input type="text"/>	Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Name Berufsbildner/in	<input type="text"/>		
Vorname Berufsbildner/in	<input type="text"/>		
Tel. Geschäft direkt Berufsbildner/in	<input type="text"/>		
E-Mail Adresse Berufsbildner/in	<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 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. |
| <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Institution	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>		
E-Mail Adresse	<input type="text"/>		

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

6. Angaben zum Kurszentrum

Die folgenden Angaben finden Sie in den Kursunterlagen, welche Sie vor Beginn des überbetrieblichen Kurses erhalten:

Name des Kurszentrum	<input type="text"/>		
Strasse	<input type="text"/>	Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

Tragen Sie die folgenden Angaben der Kursleitung ein. Diese finden Sie in den Kursunterlagen oder erhalten Sie direkt vom Kurszentrum:

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

7. 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 überbetrieblichen Kursen erhalten Sie vom jeweiligen Kurszentrum oder finden Sie auf deren Webseite:

- Bereich
Praktische Arbeiten

- Bereich
Schriftliche Arbeiten

Weitere Bemerkungen / Angaben zum Antrag um Nachteilsausgleich:

8. Beilagen

Folgendes Dokument ist dem Gesuch um Nachteilsausgleich zwingend beizulegen:

- Gutachten 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:

9. 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	<div style="background-color: #cccccc; height: 30px;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 30px;"></div>
Gesetzliche Vertretung (Nur wenn unter Abschnitt 2 angegeben)	<div style="background-color: #cccccc; height: 30px;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 30px;"></div>
Verantwortliche/r Berufsbildner/in	<div style="background-color: #cccccc; height: 30px;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 30px;"></div>

Senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit den Beilagen an:

Per Post

Bildungs- und Kulturdirektion
Mittelschul- und Berufsbildungsamt
Abteilung Betriebliche Bildung
Fachbereich Qualifikationsverfahren

Kasernenstrasse 27
3013 Bern

Per E-Mail

nachteilsausgleich.abb@be.ch