Antrag auf Barrierebefreiung einer Höreinschränkung

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Beworben als (Beruf):	
Behörde:	
Einladende Stelle/ Ansprechpartner:	
Testdatum:	
Testort:	

Ich beantrage die Testung

☐ mit der Großschriftversion in der Standardgruppe.

☐ mit der Großschriftversion und Zeitverlängerung in der Kleingruppe. Einen entsprechenden ärztlichen Nachweis, aus dem die Erkrankung hervorgeht, füge ich bei. (Ist kein Nachweis beigefügt, wird nur die Bewilligung der Großschriftversion in der Standardgruppe geprüft.)

☐ mit dem Lesegerät.

☐ Ich bringe folgende Hilfsmittel (eigenes Lesegerät, besondere Lichtquelle) mit:

_____

Es liegen keine weiteren Einschränkungen bei mir vor.
Über mein Einspruchsrecht bezüglich der vom IfP festzulegenden Testanpassung habe ich mich auf dieser Webseite informiert.

Sofern ein Auditivtest oder ein Test per Braillezeile beantragt werden soll, ist ein schriftlicher Antrag nicht möglich. Die Kontaktaufnahme über die IfP-Testhotline ist notwendig, um die verschiedenen Anpassungsoptionen zu klären.

Ort, Datum Unterschrift

_____