

Name, Vorname _____

Matrikelnummer: _____

Antrag auf Nachteilsausgleich

Per E-Mail oder Post an das zuständige Prüfungsamt

Bitte reichen Sie Ihren Antrag möglichst frühzeitig ein, d.h. mind. drei Monate vor der ersten Prüfung, für die er eingereicht wird, andernfalls kann eine rechtzeitige Bearbeitung nicht gewährleistet werden.

Persönliche Daten

Geburtsdatum _____ Fachsemester _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

ZFB BA BK BA HRSGe BA G BA sF Sonstiges: _____
 MED G MEd HRSGe MEd BK MEd GymGes MEd sF _____
 1-Fach-BA Master Mag. Theol. Erweiterungsfach BA Erweiterungsfach MEd

Fach/Fächer bzw. Bildungswissenschaften/DaZ/Praxissemester/Allgemeine Studien, für die der Nachteilsausgleich beantragt wird:

Informationen zum Nachteilsausgleich

Wenn Studierende durch eine Beeinträchtigung (Behinderung und/oder chronische Erkrankung) Nachteile im Studium haben, können diese Nachteile durch entsprechende Maßnahmen ausgeglichen werden. Solche Ausgleichsmaßnahmen berücksichtigen die Schwierigkeiten von Studierenden mit Beeinträchtigung, vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten unter Geltung einheitlicher Bedingungen darzustellen. Für die Gewährung eines Nachteilsausgleichs müssen jedoch auch folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Chancengleichheit für alle Studierenden muss gewahrt bleiben, d.h. ein Nachteilsausgleich darf nicht zu einer Besserstellung von Studierenden mit Beeinträchtigungen führen.
- Es geht um eine länger andauernde Beeinträchtigung, d.h. es darf nicht feststehen, dass in absehbarer Zeit eine Heilung oder Symptomfreiheit eintritt. Derzeit geht das Sozialgesetzbuch IX § 2 Abs. 1 bei einer länger andauernden Beeinträchtigung von einer Dauer mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate aus.
- Ausgleichsfähig sind nur solche Nachteile, die nicht in dem Bereich der abzuprüfenden Kernkompetenzen liegen (erste Anhaltspunkte dafür liefern die Modulbeschreibungen der jeweiligen Prüfungsordnungen), und die den Studierenden mit einer Beeinträchtigung keinen Vorteil darin verschaffen, den abzuprüfenden Kompetenzen entsprechende Prüfungsergebnisse zu erzielen.

Name, Vorname _____

Matrikelnummer: _____

- Der Antrag kann nur gestellt werden für einen Studiengang, in den man schon eingeschrieben ist, d.h. im Bachelorstudium kann noch kein Antrag für ein Masterstudium gestellt werden.

Abläufe zum Nachteilsausgleich

- Sie lassen sich ggf. bei der ZSB oder bei den Beauftragten der Fachbereiche für das Studium mit Beeinträchtigungen zum Nachteilsausgleich und weiteren Rahmenbedingungen beraten.
- Wenn ein Nachteilsausgleich in Frage kommt, reichen Sie das Antragsformular per Email oder per Post (s. unten) beim zuständigen Prüfungsamt mit allen notwendigen Unterlagen, insbes. Attesten und Nachweisen und der Datenschutzerklärung ein – so früh wie möglich! (Bitte beachten Sie, dass sich alle Beteiligten um eine schnellstmögliche Bearbeitung bemühen. Die Bearbeitungszeit kann dennoch aufgrund eines mehrstufigen Abstimmungsprozesses bis zu drei Monate dauern. Durch eine kurzfristige Antragsstellung ergibt sich kein Anspruch auf eine Eilentscheidung.)
- Das Prüfungsamt stimmt eine Empfehlung zum beantragten Nachteilsausgleich ggf. mit Fachvertreter*innen und der Rechtsabteilung der Universität ab.
- Das Prüfungsamt gibt den beantragten Nachteilsausgleich mit einer abgestimmten Empfehlung an die zuständige Stelle weiter, die über die Gewährung des Nachteilsausgleichs entscheidet. Die zuständige Stelle wird in der jeweils geltenden Prüfungsordnung im Paragrafen zum Nachteilausgleich festgesetzt (i.d.R. Studiendekan*in, Dekan*in oder Prüfungsausschuss).
- Das Prüfungsamt informiert Sie in Form eines Bescheids über Art und Umfang des gewährten Ausgleichs. Das gilt auch dann, wenn der beantragte Ausgleich abgelehnt werden muss.

Vor der Prüfung (i.d.R. am Ende des Semesters, allerdings nur, wenn Ihr Antrag so rechtzeitig eingereicht wurde, dass er bearbeitet werden und der Bescheid an Sie übermittelt werden konnte!):

- Sie müssen die jeweiligen Prüfenden mit einer angemessenen Vorlaufzeit über das Vorliegen eines Nachteilsausgleichs selbst informieren (mit einer Bescheinigung zur Vorlage bei den Lehrenden)! Andernfalls können Maßnahmen u.U. nicht mehr rechtzeitig umgesetzt werden.

Für welche/s Leistungsformat/e soll der Nachteilsausgleich beantragt werden?

Der beantragte Nachteilsausgleich erstreckt sich auf:

- Klausuren Hausarbeiten (inkl. Ausarbeitungen, Essays...) mündliche Prüfungen
 Abschlussarbeiten Exkursion sonstige Leistungsformate – bitte angeben:
-

Name, Vorname _____

Matrikelnummer: _____

Für welchen Zeitraum wird der Nachteilsausgleich beantragt?

Gemäß § 64 Abs. 2a HG NRW soll sich der Nachteilsausgleich bei Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung, soweit nicht mit einer Änderung des Krankheits- oder Behinderungsbildes zu rechnen ist, auf alle im Verlauf des Studiums abzuleistenden Prüfungen und Studienleistungen erstrecken. Es ist aber auch eine semesterweise Entscheidung möglich – vor allem, wenn aus fachlicher Sicht für verschiedene Prüfungen unterschiedliche Arten von Nachteilsausgleichen in Betracht kommen können.

- Sommersemester: _____ Wintersemester: _____
 unbefristet für das gesamte Studium

Ich beantrage folgende nachteilsausgleichende Maßnahme(n) (z.B. Zeitverlängerung bei Prüfungen, Nutzung einer Studienassistenz, Nutzung von Hilfsmitteln wie Notebook, Lupe etc.)

– bitte benennen:

- Zeitverlängerung um: _____ (z.B. 20 %) für folgende Prüfungsform: _____
 Zeitverlängerung um: _____ (z.B. 30 %) für folgende Prüfungsform: _____
 Notebook für Klausuren
 Studienassistenz (in eigener Verantwortung und Organisation)
 Sonstiges (bitte ausführen): _____

Begründung des Antrags

Hinweis: Ihre Begründung muss für Dritte nachvollziehbare Angaben enthalten. Diese Angaben müssen sich auf die Beeinträchtigung(en) sowie die damit zusammenhängenden Nachteile bzw. Erschwernisse bei Studien- und Prüfungsleistungen beziehen. Sie sollten erklären, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen insbesondere funktional auf studien-/prüfungsrelevante Aktivitäten auswirken (Einschränkungen der Wahrnehmung, der Kognition, im Verhalten und der körperlichen Funktionalität je nach Krankheitsbild), z. B. Schreiben mit der Hand, Tippen, Sitzen, Lesen, Vortragen, starke Ablenkung durch störende Faktoren im Prüfungsraum etc.

Name, Vorname _____

Matrikelnummer: _____

Beigefügte Nachweise (bitte ankreuzen):

Zu dem Antrag gehört zwingend eine fachärztliche/psychotherapeutische Einschätzung in Form eines Attests. Alle Atteste und Nachweise können diagnosefrei eingereicht werden. Der Zweck des Attestes bzw. der Stellungnahme ist es, die Notwendigkeit der empfohlenen Unterstützungsmaßnahmen gegenüber den für den Nachteilsausgleich zuständigen Dekanaten oder Prüfungsausschüssen zu belegen. Darum ist es wichtig, die aus einer Erkrankung resultierenden funktionalen Einschränkungen der Studierenden im Bereich der Wahrnehmung, der Kognition, im Verhalten und der körperlichen Funktionalität je nach Krankheitsbild in einer Prüfungssituation möglichst exakt zu benennen, damit die Hochschule vor dem Hintergrund der jeweils geltenden Prüfungsordnung(en) Maßnahmen zum Ausgleich von Nachteilen durch die individuelle Beeinträchtigung finden kann, ohne die Chancengleichheit für alle Studierenden zu verletzen.

- Fachärztliches Attest bzw. fachärztliche Stellungnahme oder fachärztlicher Befundbericht
- Attest approbierte/r psychologischer Psychotherapeut/in
- Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes über eine Behinderung bzw. Schwerbehinderung
- (Auszüge aus einem) Behandlungsbericht, z. B. nach stationären oder teilstationären Aufenthalten
- Schwerbehindertenausweis in Kopie (Vorder- und Rückseite)
- Gutachten über eine diagnostizierte Legasthenie oder Dyskalkulie
- Sonstige: _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in

Datenschutzerklärung gem. Art. 13 DSGVO und Einwilligung

Bitte vergessen Sie nicht, unter der Datenschutzerklärung ein weiteres Mal zu unterzeichnen!

Projekt/Anlass: Bewilligung eines Nachteilsausgleichs

1. Name und Anschrift der Verantwortlichen

Die Verantwortliche im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und anderer nationaler Datenschutzgesetze der Mitgliedsstaaten sowie sonstiger datenschutzrechtlicher Bestimmungen ist die:

Universität Münster,
vertreten durch den Rektor, Prof. Dr. Johannes Wessels,
Schlossplatz 2, 48149 Münster
Tel.: + 49 251 83-0
E-Mail: mailbox@uni-muenster.de

Name, Vorname _____

Matrikelnummer: _____

Um Informationen zum Nachteilsausgleich zu erhalten, besuchen Sie gerne die Website des Prüfungsamts.

Bei inhaltlichen Rückfragen zum Nachteilsausgleich wenden Sie sich bitte an die/den Beauftragte*n Ihres Fachbereichs für das Studium mit Beeinträchtigung bzw. an den/die Beauftragte*n der Universität oder an Ihre*n Sachbearbeiter*in im Prüfungsamt.

2. Name und Anschrift der Datenschutzbeauftragten

Die Datenschutzbeauftragte des Verantwortlichen ist:

Nina Meyer-Pachur
Schlossplatz 2, 48149 Münster
Tel.: + 49 251 83-22446
E-Mail: Datenschutz@uni-muenster.de

3. Datenverarbeitung im Rahmen der Bewilligung eines Nachteilsausgleichs

a) Umfang der Datenverarbeitung

Im Rahmen der Bewilligung eines Nachteilsausgleichs verarbeiten wir von Ihnen folgende Daten:

- (1) Vorname und Nachname
- (2) E-Mail-Adresse und Telefonnummer
- (3) Matrikelnummer und studiengangsbezogene Informationen
- (4) Gesundheitsdaten

b) Zwecke der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer oben genannten personenbezogenen Daten dient dazu, Ihnen einen Nachteilsausgleich bewilligen zu können.

c) Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer oben genannten personenbezogenen Daten durch die Universität Münster ist Ihre Einwilligung, Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO.

d) Weitere Empfänger/ innen Ihrer personenbezogenen Daten

Ihre oben genannten personenbezogenen Daten werden an folgende Empfänger*innen innerhalb bzw. außerhalb der Universität weitergegeben:

Empfänger*innen innerhalb der Universität Münster:

- die/der für sie zuständige Dekan*in/Studiendekan*in
- ggf. die Mitglieder des Prüfungsausschusses Ihres Studienganges
- die für die Prüfung zuständigen Fachvertreter*innen
- die Mitarbeiter*innen der Rechtsabteilung der Universität

Name, Vorname _____

Matrikelnummer: _____

- auf Ihren Wunsch der/die Beauftragte für das Studium mit Beeinträchtigung Ihres Fachbereichs oder ggf. der/die Beauftragte für das Studium mit Beeinträchtigung der Universität
- ggf. die Mitarbeiter/innen anderer Prüfungsämter der Universität

Empfänger*innen außerhalb der Universität Münster:

- ggf. die Mitarbeiter*innen der Fachhochschule Münster, wenn Prüfungen an der FH Münster vom beantragten Nachteilsausgleich betroffen sind.

e) Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre oben genannten personenbezogenen Daten werden so lange gespeichert, wie sie für die oben genannten Zwecke benötigt werden. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden die Daten gelöscht.

4. Ihre Rechte als Betroffene*r

Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre von der Universität Münster verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), ein Recht auf Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten (Art. 16 DSGVO), ein Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO), ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) und ein Recht auf Widerruf Ihrer Einwilligung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Außerdem haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzulegen. Zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44,
40102 Düsseldorf,
Tel.: 0211/38424-0,
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Einwilligungserklärung

Mit Ihrer Einwilligung erklären Sie, dass die Universität Münster Ihre oben unter 3.a) genannten personenbezogenen Daten erheben und weiterverarbeiten darf für die unter 3.b) genannten Zwecke.

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber dem Verantwortlichen zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Hiermit willige ich freiwillig in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Ich bin über den Umfang und Zweck der Datenerhebung und Datenverarbeitung sowie über mein Widerrufsrecht informiert worden. Eine Kopie der Datenschutzerklärung und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Einwilligende*