

An die
Duale Hochschule Baden-
Württemberg Heidenheim
Amt für Studiengebühren
Marienstraße 20
89518 Heidenheim

Meine Daten: (bitte vollständig und leserlich ausfüllen!)

Matrikel Nr.: Geburtsdatum:
Kurs:
Name, Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon (freiwillig):
eMail (freiwillig):

Antrag auf Befreiung von der Studiengebühr

Hiermit beantrage ich die Befreiung von der Zahlung der Studiengebühr
im Sommersemester _____ bzw. im Wintersemester _____ aus folgendem Grund:

(Zutreffendes bitte ankreuzen und alle erforderlichen Nachweise beifügen!)

<input type="checkbox"/> Auslandssemester	<p>1. Ich absolviere ein vollständiges Theoriesemester an einer ausländischen Hochschule.</p> <p>2. Inhaltlich und umfänglich werden im Wesentlichen vergleichbare Studien- und Prüfungsleistungen an der ausländischen Hochschule erbracht.</p> <p>3. Die Anerkennung der Prüfungsleistung durch die Heimat- Hochschule wird gewährleistet.</p> <p>Diese Punkte sind vor der Aufnahme des Auslandssemesters mit dem/der zuständigen Studiengangsleiter/in abzuklären und im Rahmen der <u>Pflichtkursliste</u> nachzuweisen.</p> <p>Ausl. Hochschule (Name und Adresse): _____ _____ _____</p> <p>Dauer des Theoriesemesters: von _____ bis _____</p>
<p>Nachweise:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Bestätigung des/der zuständigen Studiengangsleiters/in</p> <p>Herrn/Frau _____</p> <p>über das Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen.</p> <p>Datum : _____ Unterschrift : _____</p>
<input type="checkbox"/> Kindererziehung	<p>1. Ich erbringe regelmäßige Pflege- und Erziehungsleistung für ein Kind, (eigenes, Adoptiv- bzw. Pflegekind)</p> <p>2. das zu Semesterbeginn (1.4. bzw. 1.10.) das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.</p>
<p>Nachweise:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Geburtsurkunde des Kindes (ggf. Adoptionsurkunde)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> aktuelle Meldebestätigung des Einwohnermeldeamtes, aus der hervorgeht, dass Ihr Kind mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt.</p>

<input type="checkbox"/> Geschwisterregelung	<p>1. Ich habe zwei oder mehr Geschwister (Vollgeschwister, Halbgeschwister, Stiefgeschwister, Adoptivgeschwister), 2. von denen zwei keine Befreiung nach dieser Vorschrift (Geschwisterregelung nach § 6 Abs.1 Nr. 2 LHGebG) in Anspruch nehmen oder genommen haben.</p>															
<p>Nachweise:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Auszug aus dem Familienbuch (Geburtsurkunden – ggf. Adoptionsurkunden – des Antragstellers sowie der Geschwister, ggf. noch Heiratsurkunde der Eltern, wenn aus den Geburtsurkunden der gemeinsame Elternteil nicht hervorgeht.</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>sowie eine der folgenden Erklärungen:</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Hiermit erkläre ich, dass zwei meiner Geschwister (laut beigefügten Geburtsurkunden) keine Befreiung nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 LHGebG in Anspruch nehmen oder genommen haben, d.h. nicht aufgrund dieser neuen Geschwisterregelung von den Studiengebühren befreit sind oder befreit waren.</i></p> <p>Datum : _____</p> <p>Unterschrift Antragsteller/in: _____</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Hiermit erkläre ich, dass ich zwei oder mehr Geschwister habe, die die Befreiung nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 LHGebG wie folgt in Anspruch genommen haben (nur ausfüllen, wenn die Anzahl der befreiten Semester bei mindestens einem Geschwister sechs Semester <u>nicht</u> überschreitet):</i></p> <table border="1" data-bbox="528 987 1406 1196"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Vorname</th> <th>Anzahl befreite Semester</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Datum : _____</p> <p>Unterschrift Antragsteller/in: _____</p>	Name	Vorname	Anzahl befreite Semester												
Name	Vorname	Anzahl befreite Semester														

<input type="checkbox"/> Behinderung	<p>Eine Behinderung (im Sinne des § 2 SGB IX) wirkt sich erheblich studienerschwerend aus.</p>
<p>Nachweise:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Behinderungsgrad 50 bis 100 %: Behindertenausweis nach § 69 SGB IX</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Behinderungsgrad unter 50 %: Behindertenausweis und ärztliches Attest, aus dem die erheblich studienerschwerende Auswirkung hervorgeht.</i></p>
<input type="checkbox"/> chronische Erkrankung	<p>Eine chronische Erkrankung wirkt sich erheblich studienerschwerend aus.</p>
<p>Nachweise:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <i>ärztliches Attest, aus dem folgende Punkte hervorgehen müssen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Benennung und Feststellung der chronischen Erkrankung - voraussichtliche Dauer der Erkrankung - erheblich studienerschwerende Auswirkung

Die erforderlichen Nachweise habe ich diesem Antrag beigefügt. Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben – nachträgliche Änderungen werde ich unverzüglich der DHBW Heidenheim melden. Mir ist bewusst, dass ich mich durch Falschangaben strafbar mache.

Ort, Datum _____
Unterschrift