

ANTRAG

**auf Gewährung eines Zuschusses bei (Schwer-)Behinderung oder sonstiger
gesundheitlicher Beeinträchtigung im Rahmen der Förderung
nach dem Landesgraduiertenförderungsgesetz (LGFG)**

Ich beantrage einen Zuschuss aufgrund einer vorliegenden (Schwer-)Behinderung oder sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigung nach § 2 Abs. 3b der Satzung der Universität Mannheim zur Durchführung des Landesgraduiertenförderungsgesetzes vom 15. Oktober 2025.

ANGABEN ZUR PERSON

- 1 Name: _____
- 2 Vorname: _____
- 3 Telefon: privat _____ an der Universität _____
- 4 E-Mail: _____

Falls sich Änderungen seit Mitteilung der Anschrift und Bankverbindung ergeben haben oder der Zuschuss auf ein anderes Konto überwiesen werden soll, bitte ausfüllen:

- 5 Straße und Hausnr.: _____
- 6 PLZ und Ort: _____
- 7 Geldinstitut: _____
- 8 IBAN: _____
- 9 BIC: _____
- 10 Kontoinhaber*in: _____

ANGABEN ZUR VORLIEGENDEN (SCHWER-)BEHINDERUNG

- 11 Grad der Behinderung (GdB) (zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweis/e beifügen):
- < 30 %
- 30 - 50 %
- > 50 %

12 Beantragter Zeitraum der Bezuschussung: Vom _____ (DD.MM.YYYY)

bis _____ (DD.MM.YYYY)

Im Falle einer vorliegenden (Schwer-)Behinderung des eigenen Kindes des*der Stipendiat*in bitte ausfüllen:

13 Name des Kindes: _____

14 Geburtstag des Kindes: _____ (DD.MM.YYYY)

ANGABEN ZUR VORLIEGENDEN GESUNDHEITLICHEN BEEINTRÄCHTIGUNG

15 Gesundheitliche Beeinträchtigung: _____

16 Beantragter Zeitraum der Bezuschussung: Vom _____ (DD.MM.YYYY)

bis _____ (DD.MM.YYYY)

Im Falle einer vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung des eigenen Kindes des*der Stipendiat*in bitte ausfüllen:

17 Name des Kindes: _____

18 Geburtstag des Kindes: _____ (DD.MM.YYYY)

ERKLÄRUNG ANTRAGSTELLER*IN

Diesem Antrag sind beigefügt (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Bei vorliegender (Schwer-)Behinderung: Kopie des Behindertenausweises des*der Stipendiat*in/des eigenen Kindes des*der Stipendiat*in
- Bei vorliegender gesundheitlicher Beeinträchtigung: Attest(e) der behandelnden Ärzt*innen des*der Stipendiat*in/des eigenen Kindes des*der Stipendiat*in

Name der behandelnden Ärzt*innen: _____

-
- Erläuterungsschreiben des*der Stipendiat*in

- Ggf. Kostennachweise (Belege, Kontoauszüge etc.)
 - Ggf. Kopie der Geburtsurkunde des Kindes
 - Ggf. Bescheinigung des Einwohnermeldeamtes über den Wohnort des Kindes
 - Ggf. sonstige Nachweise: _____
-

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben, einschließlich der in den Anlagen beigefügten Erklärungen.

Von den Bestimmungen des Landesgraduiertenförderungsgesetzes, der Satzung der Universität Mannheim zur Durchführung des Landesgraduiertenförderungsgesetzes sowie des Richtlinienblattes zur Satzung habe ich Kenntnis genommen.

Ich verpflichte mich für den Fall der Gewährung eines Zuschusses

- die Hochschule unverzüglich zu unterrichten, wenn ich mein Arbeitsvorhaben fertig gestellt habe, mein Arbeitsvorhaben abbreche, unterbreche oder an einer anderen Hochschule fortsetze;
- der Hochschule unverzüglich alle Tatsachen mitzuteilen, die für die Bemessung oder Weitergewährung des Zuschusses von Bedeutung sind, insbesondere die Gewährung von Zuschüssen von anderen Stellen und Veränderungen meiner Einkommensverhältnisse;
- der Hochschule Veränderungen meines Gesundheitszustandes bzw. des Gesundheitszustandes meines eigenen Kindes, die Auswirkungen auf die Bemessung oder Weitergewährung des Zuschusses haben, sofort mitzuteilen;
- der Hochschule während der Dauer der Förderung und der Berichtspflicht eine Änderung meiner Anschrift unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller*in

Bei Zuschuss wegen Behinderung oder gesundheitlicher Beeinträchtigung des eigenen Kindes ist die Unterschrift aller Erziehungsberechtigten einzuholen:

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*

DATENSCHUTZHINWEISE

Die Datenschutzhinweise werden unter folgendem Link zur Verfügung gestellt:
<https://www.uni-mannheim.de/forschung/promotion/finanzierung/datenschutz-stipendium/>

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich habe die Datenschutzhinweise anlässlich der **Bewerbung um und Gewährung eines Stipendiums** gelesen und willige in die damit verbundene Datenverarbeitung ein. Diese Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Tatsache, dass **Angaben zu gesundheitlichen bzw. körperlichen Beeinträchtigungen** meiner Person verarbeitet werden, sofern und soweit ich diese bereitstelle.

Mir ist bewusst, dass die oben genannte Einwilligung freiwillig ist und ohne Nachteile verweigert oder jederzeit auch ohne Angaben von Gründen widerrufen werden kann. Ich weiß, dass im Falle eines Widerrufs die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Ich kann meinen Widerruf einfach an die in den Datenschutzhinweisen genannte Kontaktadresse richten.

Mit Einreichung meiner Bewerbung sichere ich zu, alle darin etwa enthaltenen **Daten Dritter** (insbesondere aber nicht abschließend: Daten Angehöriger/Kinder, behandelnder Ärzt*innen) rechtmäßig erhoben zu haben und berechtigt zu sein, diese an die Universität Mannheim zum Zwecke der Bearbeitung meiner Bewerbung zu übermitteln.

Mir wurden die Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der **Bewerbung um und Gewährung eines Stipendiums** zur Verfügung gestellt. Der Text dieser Einwilligungserklärung wird mir auf der Website der Universität Mannheim unter <https://www.uni-mannheim.de/forschung/promotion/finanzierung/datenschutz-stipendium/> zugänglich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift