T.C.
DIŞİŞLERİ BAKANLIĞI
Avrupa Birliği Başkanlığı
Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı

ERASMUS+ PROGRAMI PROGRAM ÜLKELERİ ARASINDA YÜKSEKÖĞRETİMDE ÖĞRENCİ VE PERSONEL HAREKETLİLİĞİ

ÖZEL İHTİYAÇ DESTEĞİ EK HİBE TALEP FORMU (PERSONEL)

*Lütfen bu formu doldurarak ve istenen ekleri tamamlayarak hibe talebi sözleşme dönemi içerisinde, ama her hal ve durumda **en geç sözleşme bitiş tarihinden 60 gün öncesine kadar** postaya vererek aşağıdaki adrese gönderiniz:*

Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı
Yükseköğretim Koordinatörlüğü
Mevlana Bulvarı No:181
06520 Balgat ANKARA

BAŞVURUDA BULUNAN KURUM:

BAŞVURUYA AİT PROJE/SÖZLEŞME NO:
[Ek hibe talebinde bulunulan öğrencinin hareketliliğe katıldığı döneme ilişkin sözleşme/proje no girilecektir. 201x-TR01-KA-103-xxxx]

BAŞVURUDA BULUNAN KURUM YASAL TEMSİLCİSİ

İSİM :

SOYİSİM :

GÖREV :

Bu formla verilen bilgilerinbilgim dâhilinde, tam ve doğru olduğunu onaylarım.
İMZA :
[Kurum Adına Kurum Yasal Temsilcisi]
TARİH:

FAALİYETE KATILACAK PERSONEL

İSİM :

SOYİSİM :

GÖREV :

MİSAFİR OLUNACAK KURUMUN ADI:

MİSAFİR OLUNACAK KURUMUN ERASMUS ID KODU:

☐ Ders Verme Hareketliliği ☐ Eğitim Alma Hareketliliği

ÖĞRETİM ELEMANI için ÖĞRETİM KONU ALANI:

İDARİ PERSONEL için ÇALIŞTIĞI BİRİM:

YURTDIŞINDA KALMASI ÖNGÖRÜLEN SÜRE (gün/hafta) :

GİDİŞ-DÖNÜŞ TARİHLERİ:

Bu formla verilen bilgilerin bilgim dâhilinde, tam ve doğru olduğunu onaylarım.

İMZA :
[Personel]
TARİH :

1. Lütfen özel ihtiyacı tanımlayınız.

- özel ihtiyacın türü :
- derecesi :
- kalıcı bir yardımcıya ihtiyacınız var mı? (E/H) :
- geçici yardıma mı ihtiyacınız var? (E/H) :
- ne tür bir tıbbi bakıma ihtiyacınız var? :
(fizik tedavi, düzenli kontroller, vb.)?
- özel öğretim araçlarına ihtiyacınız var mı? : Varsa işaretleyiniz veya tanımlayınız:

. özel alfabe :

. ses kayıt cihazı :

. diğer :

2. Lütfen talep edilen fazladan hibe miktarını Avro olarak belirtiniz. (Lütfen Ek 1'i kullanarak yurtdışında geçirilecek sure için tahmin edilen ek masraf miktarının detaylarını belirtiniz).

3. Başka burs veya yardımlardan faydalanıyor musunuz? Lütfen detaylı bilgi veriniz.

- Yurtdışı faaliyetiniz süresince bu desteği almaya devam edebilecek misiniz?

Eğer devam edemeyecekseniz, ne tür bir destekten vazgeçiyorsunuz ve bunun bütçenize olası etkisi nedir?

4. Lütfen bu başvuruya eklediğiniz ispatlayıcı belgeleri sayınız:

- özel ihtiyaç desteği / engelli kartı (onaylı fotokopisi) : …….
- tıbbi sağlık belgesi (orjinal ve üç aydan eski olmayan) : …….
- diğer (lütfen açıklayınız) : ……..

5. Misafir olacağınız kurumda yetkili bir kişi ile kurumlarının özel ihtiyaçlarınızı karşılamaya uygun olup olmadığını önceden kontrol ettiniz mi? Lütfen misafir olunacak kurumun ihtiyaçlarınızdan haberdar olduğunu ve sizi Erasmus program dâhilinde kabul edebileceklerini teyit eden/ispatlayan, gidilecek kurumdan alınmış bir belge sununuz. (misafir olunacak kurumdan alınan bir mektubun kopyası).

Ek-1

TALEP EDİLEN TAHMİNİ FAZLA GİDERLERİN DETAYI

		Talep edilen ek miktar (Avro)
-Yurtdışı seyahatte		
. seyahat sırasında (gidişte ve dönüşte)	**:**	**…….**
- Şehir içi özel ulaşım		
. gidilen şehirdeki yerel transferlerde	**:**	**…….**
-Konaklama		
	:	**……**
-Bakım için Yardımcı/refakatçi	**:**	**……..**
. gündüz (günlük saat)	**:**	**……..**
. gece	**:**	**……..**
-Özel eğitim malzemeleri (Özel alfabe, kayıt cihazı, evb.)	**:**	**……..**
-Diğer (Lütfen açıklayınız)	**:**	**……**
TALEP EDİLEN TOPLAM EK HİBE	**:**	**.....**

TALEP FORMUNA EKLENECEK DİĞER BELGELER:

1- Üç aydan eski tarihli olmamak üzere Doktor Raporu orjinali veya onaylı kopyası. Veya resmi makamlardan alınmış "Özel İhtiyaç Desteği / Engelli Kartı" fotokopisi.

2- Misafir olunacak kurumdan alınan, kurumun personelin ihtiyaçlarından haberdar olduğunu ve personeli kabul edebileceklerini belirten mektubun bir kopyası.