**Antrag auf Mehrausgaben zur Mobilität   
mit Behinderung oder chronischer Erkrankung (Beihilfeantrag)**

*(im Rahmen der Projektförderung)*

*Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist der Beihilfeantrag (1. PDF) mit allen Unterlagen (2. PDF)   
über das DAAD-Portal einzureichen.*

*(Projektüberblick - Basisfunktion „Dokumente zum Projekt nachreichen“ - Anlagenart „Projektbeschreibung“)*

|  |
| --- |
| **Pro Person** und **pro Mobilitätsmaßnahme** ist **ein Beihilfeantrag** erforderlich.  Eine Beihilfe kann sowohl für *Deutsche* (Outgoings) als auch *Ausländer* (Incomings) mit Behinderung oder chronischer Erkrankung gewährt werden, wenn ein **Grad der Behinderung** **(GdB) von mindestens 50** nachgewiesen wird bzw. die Einschränkungen durch eine Behinderung einem GdB von mindestens 50 entspricht.  Maximal können **10.000 Euro** als Beihilfe für einen **Zeitraum von** **bis zu sechs Monaten** zur Deckung der **auslandsbedingten** **Mehrausgaben** (inkl. Ausgaben für eine evtl. Begleitperson) gewährt werden. Bei Mobilitätsmaßnahmen, die länger als sechs Monate dauern oder bei Verlängerung einer laufenden Mobilitätsmaßnahme über sechs Monate hinaus, kann ein weiterer Beihilfeantrag gestellt werden.  Mehrausgaben können nur geltend gemacht werden, wenn sie nachweislich **von** **keiner anderen Stelle übernommen werden.**  Medizinische Atteste können nur in Deutsch oder Englisch akzeptiert werden; bei Attesten in einer anderen Sprache ist vom Antragsteller zusätzlich eine deutsche oder englische Übersetzung vorzulegen.  Die Beihilfe wird nicht auf den programmspezifischen Höchstbetrag der DAAD-Zuwendung angerechnet.  Der personenbezogene **Beihilfeantrag** muss mindestens **zwei Monate** **vor Beginn der geplanten Mobilitätsmaßnahme** zum betreffenden Projekt über das DAAD-Portal eingereicht werden. Beihilfeanträge für bereits laufende Mobilitätsmaßnahmen werden nicht berücksichtigt. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A** | **Antragsteller** | **Datum:**  Datumseingabe |

|  |  |
| --- | --- |
| Institution | Bitte angeben |
| Name, Vorname (Projektverantwortliche/r) | Bitte angeben |
| Projekt-ID | Bitte angeben |
| Name Förderprogramm | Bitte angeben |

|  |  |
| --- | --- |
| **B** | **Angaben zur Person mit Behinderung oder chronischer Erkrankung** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | | | | Bitte angeben | | | | |
| Geburtsdatum | | Datum | | Geschlecht | | m | w | d |
| Projektpersonal | | |  | Geförderter | | | |  |
| von | Ländername | | | nach | Ländername | | | |
| von | Datum | | | bis | Datum | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **C** | **Kurzbeschreibung der Maßnahme/des Vorhabens** |

|  |
| --- |
| Kurzbeschreibung in Bezug auf Projektbeschreibung |

|  |  |
| --- | --- |
| **D** | **Pflichtunterlagen** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Deutsche* (Outgoings)** | ***Ausländer* (Incomings)** |
| * Kopie Schwerbehindertenausweis * Bei Personen mit chronischer Erkrankung: Ärztliches Attest mit Beschreibung der medizinischen Erfordernisse * Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder Zusatzversicherung | * Ärztliches Attest (deutsch oder englisch) der vorliegenden Behinderung und der daraus resultierenden Einschränkungen bzw. der chronischen Erkrankung mit Beschreibung der medizinischen Erfordernisse * Formlose schriftliche und unterschriebene Bestätigung (deutsch oder englisch) der behinderten oder chronisch erkrankten Person, dass die beantragten Mehrausgaben nicht von dritter Seite (z.B. einer Krankenversicherung) übernommen werden |

|  |  |
| --- | --- |
| Es wird bestätigt, dass   * die unter B genannte Person die geplante Mobilitätsmaßnahme erfolgreich durchführen kann, * die unter B genannte Person mit der Weitergabe ihrer mit diesem Beihilfeantrag verbundenen personenbezogenen Daten an und deren Speicherung durch den DAAD einverstanden ist. | |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift Projektverantwortlicher** |

|  |
| --- |
| **Anlage: Mehrausgaben (inkl. Ausgaben für eine evtl. Begleitperson)** *(maximal 10.000 Euro für einen Zeitraum bis zu 6 Monaten)* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.** | **Ausgabenart /**  **Ausgabenspezifikation** | **Ausgaben für eine nicht  behinderte  oder nicht  chronisch  erkrankte  Person** | **Ausgaben  für eine behinderte oder chronisch  erkrankte  Person (inkl. Begleitperson)** | **Mehrausgaben** | ***Begründung*** *(Nachvollziehbare Erläuterung der Notwendigkeit und Angemessenheit der erhöhten Ausgaben)* | ***(vom DAAD auszufüllen)*** |
|  | **(Euro)** | **(Euro)** | **(Euro)** |  | ***(Euro)*** |
| 1. | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| 2. | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| 3. | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| 4. | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| 5. | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| 6. | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| 7. | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| 8. | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| 9. | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| 10. | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |  |
| **Summe** | | **Betrag** | **Betrag** | **Betrag** |  | ***gerundet auf:*** |

|  |
| --- |
| **Nachweise** (Unterlagen zur Erläuterung der Notwendigkeit und Angemessenheit der Mehrausgaben) |

|  |
| --- |
| Bitte angeben |
| Bitte angeben |
| Bitte angeben |
| Bitte angeben |