

# PÁLYÁZATI ŰRLAP

# Az Erasmus+ programban részt vevő fogyatékossággal élő vagy tartósan beteg hallgatók, illetve munkatársak kiegészítő pénzügyi támogatása

# 2016/2017-es tanév

Kérjük, jelölje, hogy milyen mobilitás kapcsán igényli a kiegészítő támogatást!

|  |
| --- |
| Hallgatói mobilitás  Személyzeti mobilitás |

## 1.) Az igénylő személy adatai:

|  |  |
| --- | --- |
| A pályázó neve(teljes hivatalos név) |  |
| **Születési hely, idő:** |  |
| **Anyja neve:** |  |
| Állandó lakcím |  |
| **Postai levelezési cím** |  |
| **Telefonszám** |  |
| **E-mail cím** |  |

## 2.) Erasmus+ ösztöndíjjal kapcsolatos adatok:

|  |  |
| --- | --- |
| **Küldő intézmény neve** |  |
| Küldő intézmény Erasmus kódja (max. 12 karakter) | **HU** |
| **Fogadó intézmény neve** |  |
| Fogadó intézmény Erasmus kódja (max. 12 karakter)  /amennyiben releváns/ |  |
| Erasmus+ mobilitás időtartama (hallgatók esetében hónap / munkatársak esetében nap) |  |
| Erasmus+ mobilitás kezdete és vége |  |

## 3.) A betegség vagy fogyatékosság ismertetése

Kérjük, fejtse ki, hogy milyen tartós betegséggel vagy fogyatékossággal rendelkezik és ez milyen hatással van ez a mobilitására! Miért jelent a tartós betegség vagy fogyatékosság többletköltséget a mobilitása során? *(A fogyatékosságot vagy tartós betegséget alátámasztó orvosi igazolást csatolni kell a pályázathoz!)*

|  |
| --- |
|  |

**4.) Kiegészítő támogatás tételes igénylése**

Kérjük, sorolja fel tételesen, hogy milyen költségtípusokra mekkora összegű támogatást igényel. Kérjük, tartsa szem előtt, hogy a megítélt támogatás felhasználásáról tételesen, számlákkal kell elszámolnia. Az alábbi táblázatban a **teljes időtartamra igényelt (összes hónapra/napra számított)** összegeket kérjük feltüntetni. Csak olyan többletköltségekre kérjen támogatást, amelyek szorosan kapcsolódnak a betegségéhez és a külföldi tartózkodás miatt merülnek fel!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tevékenység, költségtípus | Igényelt támogatás (EUR) a tejes időtartamra vonatkozóan |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| ÖSSZESEN: | |  |

*(A táblázat további sorokkal bővíthető, igény szerint.)*

**5.) Kiegészítő támogatási igény részletes indoklása**

Kérjük, részletesen indokolja, hogy a fentebb felsorolt tételek hogyan kapcsolódnak a betegséghez/ fogyatékossághoz! Indoklásában külön térjen ki arra, hogy a külföldi tartózkodással milyen összefüggésben van az igényelt támogatás!

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Voltak olyan speciális szükségletek/feltételek, melyek a fogadó intézménnyel, koordinátorral egyeztetésre kerültek és a fogadó intézmény azokat jóváhagyta/elfogadta? Kérjük, fejtse ki röviden!* |

### Kötelező mellékletek:

* Három hónapnál nem régebbi kórtörténeti összefoglaló
* Igazolás az elnyert Erasmus+ támogatásról (az igazoláson a kiutazás időtartamának is szerepelnie kell)

|  |  |
| --- | --- |
| **Pályázó aláírása** | *A pályázatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.* |
| **Dátum, hely** |  |