

**Absender:**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
Landesbetrieb Landwirtschaft Hessen  
Fachgebiet 21 – Zuständige Stelle für die Berufsbildung  
Kölnische Str. 48 - 50  
34117 Kassel

**Antrag auf Nachteilsausgleich für Frau/Herrn .....**

Das Berufsbildungsgesetz regelt einen Anspruch für Menschen mit einer Behinderung dadurch, dass ihre besonderen Verhältnisse bei der Durchführung von Prüfungen in der beruflichen Bildung berücksichtigt werden.

Aufgrund dieser Regelung beantrage ich für meine kommende Abschlussprüfung im

Frühjahr ..... Jahr                       Sommer ..... Jahr

folgenden Nachteilsausgleich:

- Zeitverlängerung für die schriftliche Prüfung
- Zeitverlängerung für die praktische Prüfung
- Zeitverlängerung für die mündliche Prüfung
- Umwandlung der schriftlichen Prüfung in eine mündliche Prüfung
- Berücksichtigung der Legasthenie
- Anwesenheit einer Begleitperson
- .....
- .....

Damit der Nachteilsausgleich gewährt werden kann, muss die Beeinträchtigung durch ein Attest nachgewiesen werden. Das Attest ist in der Regel von einem/einer Facharzt/Fachärztin oder einem/einer Psychotherapeuten/-therapeutin auszustellen. Aus dem Attest müssen die Bezeichnung der Beeinträchtigung sowie die absehbare Auswirkung auf das relevante Prüfungsgeschehen hervorgehen.

.....  
Unterschrift