

**Fogyatékossgal élő vagy tartósan beteg hallgatók, illetve munkatársak
kiegészítő pénzügyi támogatása (2017/2018-as tanév)**

Felsőoktatási intézmény neve:	
A pályázó neve:	
A pályázó születési neve:	
Születési hely:	Születési idő:
Anyja születési neve:	
Lakóhely (állandó lakcím):	
Tartózkodási hely (ideiglenes lakcím):	
E-mail cím:	
Telefonszám:	
A pályázó státusza:	
Az Erasmus+ mobilitás típusa:	Hossza:
A fogadó intézmény neve:	
Fogadó intézmény városa, országa:	

A betegség vagy fogyatékossg ismertetése

Kérjük, fejtse ki, hogy milyen tartós betegséggel vagy fogyatékossgal rendelkezik és ez milyen hatással van a mobilitására! Miért jelent a tartós betegség vagy fogyatékossg többletköltséget a mobilitás során? (A fogyatékossgot vagy tartós betegséget alátámasztó kórtörténeti összefoglaló a pályázat kötelező melléklete.)

Kiegészítő támogatás tételes igénylése

Kérjük, sorolja fel tételesen, hogy milyen költség típusokra 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 kell feltüntetni. Csak olyan többletköltségekre kérjen támogatást, amelyek szorosan kapcsolódnak a betegségéhez és a külföldi tartózkodás miatt merülnek fel!

Sorszám	Tevékenység, költség típus	Igényelt támogatás
1.		
ÖSSZESEN:		- €

PÁLYÁZATI ŰRLAP
Fogyatékossgal élő vagy tartósan beteg hallgatók, illetve munkatársak
kiegészítő pénzügyi támogatása (2017/2018-as tanév)

Felsőoktatási intézmény neve: _____

A pályázó neve: _____

Kiegészítő támogatási igény részletes indoklása

*Kérjük, részletesen indokolja, hogy a fentebb felsorolt tételek hogyan kapcsolódnak a betegséghez/ fogyatékossgához!
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 melléklet:

- Három hónapnál nem régebbi kórtörténeti összefoglaló

Alulírott aláírással hozzájárulok, hogy az Erasmus+ támogatást biztosító felsőoktatási intézmény és a támogatást biztosító Tempus Közalapítvány a személyes adataimat kezelje. A kezelt adatok köre minden olyan adatra kiterjed, amelyet az Erasmus+ intézményi pályázati eljárásban és dokumentációban megadok. Az adatkezelés célja az igénybe venni kívánt támogatás jogosultságának ellenőrzése, pénzügyi és szakmai nyomonkövetése, a felsőoktatási intézmény és a Tempus Közalapítvány beszámolási kötelezettségeinek teljesítéséhez szükséges jelentések és statisztikák elkészítése; információs anyagok készítése; kutatások, felmérések végzése. Az adatkezelés időtartama 10 év. Az adatokhoz hozzáférhetnek az adatbevitelt végzők; a felsőoktatási intézmény és a Tempus Közalapítvány illetékes munkatársai; a bírálati és monitoring folyamat szereplői; az ellenőrzésre jogosult és felügyeleti szervek; valamint anonim módon a program megvalósulását és hatásait elemző szakértők és kutatók. A személyes adatokat az adatkezelők védik különösen a jogosulatlan hozzáférés, megváltoztatás, illetéktelen továbbítás, nyilvánosságra hozatal, törlés vagy megsemmisítés, valamint a véletlen megsemmisülés és sérülés ellen.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek. Valótlan adatközlés az Erasmus+ programból történő kizárást vonja maga után.

Kelt: _____

2017.10. _____

_____ pályázó aláírása