

Antrag auf Nachteilsausgleich

hier: Stellungnahme der Fachärztin/des Facharztes*

Herr/Frau _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

beantragt einen Nachteilsausgleich für die

- Zwischenprüfung 20 ____ Abschlussprüfung 20 ____ Fortbildungsprüfung/
Meisterprüfung 20 ____

im Beruf _____

Rechtliche Grundlagen:

- **Grundgesetz Artikel 3 Absatz 3 Satz 2:**
„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“
- **Berufsbildungsgesetz § 65 Absatz 1:**
„Regelungen nach den §§ 9 und 47 (BBiG) sollen die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für die zeitliche und sachliche Gliederung der Ausbildung, die Dauer von Prüfungszeiten, die Zulassung von Hilfsmitteln und die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen Dritter wie Gebärdensprachdolmetscher für hörbehinderte Menschen.“
- **Prüfungsordnungen der Landwirtschaftskammer Rheinland-Pfalz für**
 - a) **Abschlussprüfungen § 8 Absatz 2**
„Behinderte Menschen sind zur Abschlussprüfung auch zuzulassen, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nummern 2 und 2 nicht vorliegen (§ 65 Absatz 2 Satz 2 BBiG). Die Behinderung ist beim Antrag auf Zulassung zur Prüfung durch ein amtsärztliches Zeugnis nachzuweisen, soweit der Nachweis nicht bereits im Rahmen der Ausbildung erfolgt ist.“
 - b) **Meisterprüfung § 14**
„Bei der Durchführung der Prüfung sollen die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Dauer von Prüfung, die Zulassung von Hilfsmitteln und die Inanspruchnahme Gebärdendolmetscher für hörbehinderte Menschen. Die Art der Behinderung ist mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung (§ 9) nachzuweisen.“

* Die Landwirtschaftskammer Rheinland-Pfalz übernimmt **nicht** die Kosten für eine eventuell notwendige ärztliche Untersuchung im Zusammenhang mit der Gewährung eines Nachteilsausgleichs.

Stellungnahme:

**1. Art und Umfang der Einschränkung / Art und Umfang der Behinderung
(Begründung des Nachteilsausgleichs)**

**2. Art und Umfang des empfohlenen Nachteilsausgleichs sowie ggf. der notwendigen Hilfsmittel
(z.B. „eine zusätzliche Pause von 5 Minuten nach jeder schriftlichen Prüfung“ oder „Zeitverlängerung im Umfang von 10 % bei der praktischen Prüfung“ oder „Leselupe für die schriftlichen Prüfungen“)**

Anschrift der ärztlichen Stelle

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes
