**ФОРМУЛЯР ЗА КАНДИДАТСТВАНЕ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНО ФИНАНСИРАНЕ**

 **НА СТУДЕНТИ И ПЕРСОНАЛ**

 **СЪС СПЕЦИАЛНИ НУЖДИ ОТ ВИСШИТЕ УЧИЛИЩА ПО**

**ПРОГРАМА „ЕРАЗЪМ+”**

1. **Данни на участника:**

**Три имена:**………………………………………………………………………………………...

**Изпращаща институция:**………………………………………………….................................

**Приемаща институция:**…………………………………………………………………………….

**Страна на провеждане на мобилността:**………………………………………………………….

**Вид на мобилността** *(студентска мобилност с цел обучение; студентска мобилност с цел практика; мобилност на персонала с цел преподаване; мобилност на персонала с цел обучение)***:**……………………………………………………………………………………………..

**Продължителност нa мобилността:**………………………………………………………………

**Дати на престоя:**………………………………………………………………………………………

*Декларирам, че предоставената в настоящия формуляр информация отговаря на истината и съм запознат с нея. Известно ми е, че при неверни данни нося персонална отговорност по смисъла на чл.313 от НК.*

**Подпис:**…………………………

**Дата:**…………………………….

1. **Моля, опишете подробно Вашето състояние или специална нужда:**

**Природа на заболяването**

................................................................................................................................................

**Степен на работоспособност**

................................................................................................................................................

**Имате ли нужда от специален транспорт на местно ниво?** Моля, опишете подробно.

*(напр. превоз от летище/автобусна гара/жп. гара до общежитие/квартира и обратното, вътрешен транспорт)*?

................................................................................................................................................

**Имате ли нужда от настаняване в чужбина?** Моля, опишете подробно.

*(в случай, че не съществува адаптирана за нуждите стая в университетското общежитие/квартира)*

................................................................................................................................................

**Имате ли нужда от асистент, който да Ви придружава по време на престоя в чужбина?** Моля, опишете подробно.

................................................................................................................................................

**От какъв вид медицинско проследяване[[1]](#footnote-1) имате нужда?** Моля, опишете подробно.

*(напр. физиотерапия, медицински проверки, т.н.)*

................................................................................................................................................

**Имате ли нужда от специфични дидактични материали?**

- на Брайлово писмо ........................................................................................................

- записи на лекциите ........................................................................................................

- увеличени фотокопия ........................................................................................................

- друго .........................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………

**Други нужди.** Моля, опишете подробно.

................................................................................................................................................

1. **Моля, посочете размера на допълнителния грант в евро от който имате нужда.** *(Моля, предоставете детайлно описание на разходите за нужната допълнителна помощ в чужбина, като използвате таблицата по-долу).*

................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Детайлно описание на разходите за нужната допълнителна помощ** | **Сума****(евро)** |
| ***Специален транспорт*** | **……….** |
| ***Настаняване (в случай, че не съществува адаптирана за нуждите стая в университетското общежитие)*** | **……….** |
| ***Асистент*** |
| Разходи за транспорт | **……….** |
| Разходи за настаняване | **……….** |
| Разходи за храна | **……….** |
| **Общо** | **……….** |
| ***Медицинско проследяване*** |
| физиотерапия, медицински проверки, т.н. | **……….** |
| ***Специални дидактически материали*** |
| на Брайлово писмо, увеличени фотокопия, записи, т.н. | **……….** |
| ***Разходи, свързани с други нужди*** |
| ***.................................................................................................................................*** | **……….** |

1. **Получавате ли друг вид финансиране или помощ, освен гранта по Програма „Еразъм+”?** Моля, предоставете детайлна информация.

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

1. **Моля, избройте удостоверителни документи, удостоверяващи физическото състояние и специалните нужди, приложени към настоящия формуляр:**
* Инвалидна карта (копие вярно с оригинала)

............................................................................................................................................

* Медицинско удостоверение (копие вярно с оригинала)

............................................................................................................................................

* Друго

............................................................................................................................................

1. **Моля, предоставете потвърждение от приемащата институция (в зависимост от специалните нужди на участника) за възможността да осигури нормално протичане на мобилността (копие от писмото от приемащата институция).**

Прилагам към формуляра:

…………………………………………………………………………………………………

1. Медицинските проверки трябва да се състоят в приемащата държава. [↑](#footnote-ref-1)