

Antrag auf Barrierebefreiung einer Höreinschränkung

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Beworben als (Beruf):	
Behörde:	
Einladende Stelle/ Ansprechpartner:	
Testdatum:	
Testort:	

Ich beantrage die Testung in einer Kleingruppe mit den Bedingungen für Bewerberinnen und Bewerber mit Höreinschränkung. Dies beinhaltet eine Lesevorlage für Hörtexte. Folgenden Nachweis für das Tragen eines Hörgerätes oder eines Cochlea-Implantates habe ich beigefügt.: _____

Ich lese hilfsweise von den Lippen, daher sollte der Testleiter mir zugewandt sprechen und auf ein deutliches Lippenbild achten.

Folgenden Hinweis möchte ich dem Testleiter mitteilen:

Es liegen keine weiteren Einschränkungen bei mir vor.
Über mein Einspruchsrecht bezüglich der vom IfP festzulegenden Testanpassung habe ich mich auf dieser Webseite informiert.

Ort, Datum Unterschrift
