Lütfen bu formu doldurarak ve istenen ekleri tamamlayarak hibe talebi sözleşme dönemi içerisinde, ama her hal ve durumda en geç sözleşme bitiş tarihinden 60 gün öncesine kadar postaya vererek aşağıdaki adrese gönderiniz:

 Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı

Yükseköğretim Koordinatörlüğü

Mevlana Bulvarı No:181

06520 Balgat ANKARA

|  |
| --- |
| **BAŞVURUDA BULUNAN KURUM BİLGİLERİ** |
| Başvuruda Bulunan Kurum Adı | Karabük Üniversitesi |
| Başvuruya Ait Proje/Sözleşme No |  |
| Yasal Temsilci Adı-Soyadı |  |
| Yasal Temsilci Görevi | Erasmus+ Kurum Koordinatörü |
| **BAŞVURUDA BULUNAN KURUM ADINA YASAL TEMSİLCİ ONAYI** |
| *Bu formla verilen bilgilerin bilgim dahilinde, tam ve doğru olduğunu onaylarım*.Tarih / İmza |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** |
| Adı-Soyadı |  |
| Misafir Olunacak Kurumun Adı |   |
| Misafir Olunacak Kurumun Erasmus ID Kodu  | [ ] Öğrenci Hareketliliği [ ] Staj Hareketliliği |
| Öğrenim / Staj Konu Alanı |  |
| Yurtdışında Kalınması Öngörülen Süre (Ay)  |  |
| Gidiş-Dönüş Tarihleri |  |
| **ÖĞRENCİ ONAY** |
| *Bu formla verilen bilgilerin bilgim dahilinde, tam ve doğru olduğunu onaylarım.*Tarih / İmza |

|  |
| --- |
| **ÖZEL İHTİYACA YÖNELİK BİLGİLER**  |
| Özel İhtiyacın Türü |   |
| Özel İhtiyacın Derecesi |  |
| Kalıcı Bir Yardımcıya İhtiyacınız Var Mı?  |  [ ]  Evet [ ]  Hayır |
| Geçici Yardıma İhtiyacınız Var Mı? |  [ ]  Evet [ ]  Hayır |
| Ne Tür Bir Tıbbi Bakıma İhtiyacınız Var? (Fizik Tedavi, Düzenli Kontroller, Vb.) |  |
| Özel Öğretim Araçlarına İhtiyacınız Var Mı? | [ ]  Özel Alfabe [ ]  Ses Kayıt Cihazı [ ]  Diğer…………..  |
| **Lütfen talep edilen fazladan hibe miktarını Avro olarak belirtiniz.** (Lütfen Ek 1’i kullanarak yurtdışında geçirilecek süre için tahmin edilen ek masraf miktarının detaylarını belirtiniz).  |
| **Başka burs veya yardımlardan faydalanıyor musunuz?** Lütfen detaylı bilgi veriniz.**Yurtdışı faaliyetiniz süresince bu desteği almaya devam edebilecek misiniz?****Eğer devam edemeyecekseniz, ne tür bir destekten vazgeçiyorsunuz ve bunun bütçenize olası etkisi nedir?**  |
| **Lütfen bu başvuruya eklediğiniz ispatlayıcı belgeleri işaretleyiniz** | [ ]  Özel İhtiyaç Desteği / Engelli Kartı (Onaylı Fotokopisi)[ ]  Tıbbi Sağlık Belgesi (Orijinal ve Üç Aydan Eski Olmayan)[ ]  Diğer (Lütfen Açıklayınız)  |
| **Misafir olacağınız kurumda yetkili bir kişi ile, kurumlarının özel ihtiyaçlarınızı karşılamaya uygun olup olmadığını önceden kontrol ettiniz mi? Lütfen misafir olunacak kurumun ihtiyaçlarınızdan haberdar olduğunu ve sizi Erasmus öğrencisi olarak kabul edebileceklerini teyit eden/ispatlayan, gidilecek kurumdan alınmış bir belge sununuz.** (Misafir Olunacak Kurumdan Alınan Bir Mektubun Kopyası). |

**EK-1**

|  |
| --- |
| **TALEP EDİLEN TAHMİNİ FAZLA GİDERLERİN DETAYI** |
|  | **Talep Edilen Ek Miktar (Avro)** |
| Yurtdışı seyahatte - seyahat sırasında (gidişte ve dönüşte)  |  |
| Şehir içi özel ulaşım - gidilen şehirdeki yerel transferlerde |  |
| Konaklama |  |
| Yardımcı | Gündüz (Günlük Saat) |  |
| Gece |  |
| Yardımcı bakıcı |  |
| Tıbbi takip (fizyoterapi, check-up[[1]](#footnote-1), vb.) |  |
| Özel eğitim malzemeleri (Özel alfabe, kayıt cihazı, vb.) |  |
| Diğer (Lütfen açıklayınız) |  |
| **Talep Edilen Toplam Ek Hibe Tutarı** |  |

**TALEP FORMUNA EKLENECEK DİĞER BELGELER:**

1. Üç aydan eski tarihli olmamak üzere Doktor Raporu orjinali veya onaylı kopyası. Veya resmi makamlardan alınmış “Özel İhtiyaç Desteği / Engelli Kartı” fotokopisi.
2. Misafir olunacak kurumdan alınan, kurumun öğrencinin ihtiyaçlarından haberdar olduğunu ve öğrenciyi kabul edebileceklerini belirten mektubun bir kopyası.
1. Gidilen ülkede gerçekleştirilecek check-up içindir. [↑](#footnote-ref-1)