

**! Achtung: Abzugeben bis zwei Wochen nach Rückmeldeschluss des jeweiligen Semesters !**  
**Antrag auf Zuschuss aus dem Sozialfonds zum Semesterticket**

Zeile **ERLÄUTERUNGEN ZU ALLEN ZEILEN FINDEN SICH IM MERKBLATT ZUR SEMESTERTICKET-RÜCKERSTATTUNG!**

Hiermit beantrage ich gemäß der Sozialfonds-Satzung nach § 18 a V BerlHG einen Zuschuss zum Beitrag zum Semesterticket.

<b>Antragssemester:</b>	<b>Matrikelnummer:</b>	<b>Immatrikuliert an der:</b>										
1 <input type="checkbox"/> WiSe	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Hochschule für Schauspielkunst „Ernst Busch“										
2 <input type="checkbox"/> SoSe	20____/____											
3	Name <input style="width: 60%;" type="text"/> Vorname <input style="width: 40%;" type="text"/>											
4	Anschrift <input style="width: 70%;" type="text"/> Adresszusatz <input style="width: 30%;" type="text"/>											
5	Postleitzahl <input style="width: 20%;" type="text"/> Ort <input style="width: 80%;" type="text"/>											
6	Telefon (Angabe freiwillig) <input style="width: 30%;" type="text"/> E-Mail (Angabe freiwillig) <input style="width: 70%;" type="text"/>											
7	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">BA</td> <td style="width: 10%;">MA</td> <td style="width: 10%;">Dipl</td> <td style="width: 60%;">Studiengang <input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;">Geburtsdatum <input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		BA	MA	Dipl	Studiengang <input style="width: 90%;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BA	MA	Dipl	Studiengang <input style="width: 90%;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width: 80%;" type="text"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<b>Bankverbindung</b>												
8	IBAN <input style="width: 70%;" type="text"/> BIC <input style="width: 30%;" type="text"/>											
9	Geldinstitut <input style="width: 50%;" type="text"/> Kontoinhaber*in (Name, Vorname, falls nicht mit Zeile 3 identisch) <input style="width: 50%;" type="text"/>											

**Ich mache nach § 2 Abs. 3 der Sozialfonds-Satzung folgende Härte(n) geltend:**  
 Zutreffendes bitte ankreuzen! Alle Angaben sind durch geeignete Unterlagen zu belegen.

10	<input type="checkbox"/>	Ich arbeite an meiner <b>Studienabschlussarbeit</b> und habe diese am _____ angemeldet.
11	<input type="checkbox"/>	Ich absolvierte vom _____ bis zum _____ ein unentgeltliches oder gering vergütetes <b>Praktikum</b> mit einer Mindestdauer von drei Monaten und einem wöchentlichen Zeitaufwand von wenigstens 30 Stunden. Davon lag mindestens ein Tag innerhalb des Berechnungszeitraumes.
12	<input type="checkbox"/>	Mein Pass enthält einen Vermerk zur <b>Einschränkung der Arbeitserlaubnis</b> .
13	<input type="checkbox"/>	Ich hatte ein <b>besonders geringes Einkommen</b> . Nach Zahlung meiner Fix-Kosten (Miete, Krankenkasse) bleibt mir weniger als 55% des Grundbedarfs zum Leben.
14	<input type="checkbox"/>	Ich hatte im Berechnungszeitraum eine <b>Behinderung/chronische Krankheit</b> .
15	<input type="checkbox"/>	Ich war im Berechnungszeitraum <b>schwanger</b> .
16	<input type="checkbox"/>	Ich war im Berechnungszeitraum <b>alleinerziehend</b> von mind. einem Kind im eigenen Haushalt.
17	<input type="checkbox"/>	Ich hatte im Berechnungszeitraum eine <b>Erwerbsminderung</b> nach § 69 Abs. 5 SGB IX (Ausweis G).
18	<input type="checkbox"/>	Ich oder mein Kind hatte Anspruch auf <b>Leistungen nach SGB XII</b> oder SGB II (z.B. ALG II).
19	<input type="checkbox"/>	Ich betreute eine*n <b>pflegebedürftige*n Angehörige*n</b> im Berechnungszeitraum.
20	<input type="checkbox"/>	Ich hatte besondere Kosten für <b>medizinische oder psychologische Versorgung</b> zu leisten, die nicht von der Krankenversicherung getragen wurden. Diese überschritten einen Betrag von 250 Euro.
21	<input type="checkbox"/>	Ich mache folgende andere, vergleichbare Härte geltend: _____

**! Alle Angaben sind durch geeignete Unterlagen im Berechnungszeitraum zu belegen !**  
 (Berechnungszeitraum = 6 Monate vor Antragstellung: d.h. Anträge zum WiSe i.d.R. Mai bis Oktober, Anträge zum SoSe i.d.R. Oktober bis März)

**Ich mache nach § 2 Abs. 4 der Sozialfonds-Satzung folgenden finanziellen Bedarf geltend:**

22	<input type="checkbox"/>	Ich zahle Miete (pro Monat inkl. Strom, Gas, GEZ) in Höhe von:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	€
23	<input type="checkbox"/>	Ich wohne in einer Wohngemeinschaft (WG), mit (Ehe-) Partner*in, Freund*in, Eltern.		

- 24  Ich bin aufgrund meiner chronischen Erkrankung/Behinderung eingeschränkt und muss die angegebene, höhere Miete aufbringen.
- 25  Ich zahle keine Miete.
- 26  Ich zahlte einen monatlichen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von:  €
- 27  Ich zahlte keine Beiträge für die Kranken und Pflegeversicherung (z. B. Familienversicherung, Übernahme durch Jobcenter oder Arbeitgeber\*in).
- 28  Ich hatte im Berechnungszeitraum Kosten für medizinische oder psychologische Versorgung, die nicht von der Krankenkasse getragen wurden, in Höhe von:  €
- 29  Ich hatte monatliche Mehrkosten für besondere Ernährung in Höhe von:  €
- 30  Ich bin gegenüber folgenden Personen unterhaltspflichtig (z. B. Kinder):

Name	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Kindergeldanspruch		Im Haushalt lebend	
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

- 31  Eines der Haushaltsmitglieder (unter Punkt 30) hatte eine chronischen Erkrankung/Behinderung.
- 32  Ich musste im Berechnungszeitraum Schulden tilgen, in Höhe von:  €
- 33  Ich wohnte im Berechnungszeitraum außerhalb des Tarifbereichs Berlin ABC (aber innerhalb des VBB Verbundes).
- 34  Ich musste im Berechnungszeitraum zusätzliche Kosten tragen, die für mich eine besondere finanzielle Belastung waren (z. B. Kaution, Betriebs- oder Nebenkostennachzahlung, Gerichtskosten, etc.):  €

**Ich hatte im Berechnungszeitraum folgende Einkünfte (netto) nach § 2 Abs. 5 der Sozialfonds-Satzung:**

(Bitte gib alle Einkünfte an. Mache konkrete Angaben, ggf. auch für alle unter Punkt 30 benannten Haushaltsmitglieder. Sollten keine Einkünfte bestanden haben, trage bitte 0,00 € für den entsprechenden Monat ein - **kein Feld leer belassen.**)

35

Monat	Beträge und Art der Einkünfte (ALG II, Wohn- oder Kindergeld, Lohn, Darlehen etc.)

- 36  Ich versichere, dass ich nicht über Vermögen im Sinne der Sozialfonds-Satzung verfüge.

**Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Vordruck und den Anlagen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.**

**Mir ist bekannt, dass ich unabhängig von der Gewährung eines Zuschusses den Semesterticketbeitrag in vollem Umfang an die Hochschule zahlen muss, damit alle Voraussetzungen für Immatrikulation bzw. Rückmeldung erfüllt sind.**

37

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift