**Anlage 8** zu den Verwendungsbestimmungen in der Programmlinie Brückenstipendium

**Philipp Schwartz-Initiative der Alexander von Humboldt-Stiftung**

**Antrag auf Zuschuss für Geförderte bei Behinderung oder chronischer Erkrankung | *Application for a subsidy for disability or chronic illness***

(Stand/as of: 25. November 2024)

Auszufüllen und zu übermitteln durch die aufnehmende Einrichtung.   
Übermittlung unter Wahrung des Datenschutzes (z.B. per Downloadlink oder als passwortgeschützter Scan per E-Mail an: [schwartz-initiative@avh.de](mailto:schwartz-initiative@avh.de))

*To be completed and submitted by the host institution.*

*Transmission in compliance with data protection regulations (e.g. via download link or as a password-protected scan by e-mail to: [schwartz-initiative@avh.de](mailto:schwartz-initiative@avh.de))*

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragstellende Einrichtung**: |  |

**Angaben zum\*zur Philipp Schwartz-Fellow**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname Fellow:** |  |
| **Nachname Fellow:** |  |
| **Akademischer Titel:** |  |
| **Anrede:** |  |
| **Auswahlrunde:** | Wählen Sie ein Element aus. |
| **Programmlinie:** | Wählen Sie ein Element aus. |

**Zuschuss bei Behinderung oder chronischer Erkrankung**

Entstehen während des Forschungsaufenthaltes Mehrkosten von mehr als 100 EUR pro Monat durch eine Behinderung oder eine die Mobilität einschränkende Behinderung oder chronische Erkrankung, die nicht von der Krankenversicherung oder anderen Trägern übernommen werden, kann ein Zuschuss für den\*die Fellow in Höhe von bis zu 15.000 EUR pro Halbjahr beantragt werden. Bei kürzerer Förderdauer reduziert sich der Betrag entsprechend. | *If the fellow incurs additional costs during their research fellowship of more than €100 a month due to a disability or a mobility-limiting disability or chronic illness and these costs are not covered by the fellow’s health insurance or other funding providers, you may apply for a subsidy of up to EUR 15,000 per six-month period. If the funding period is shorter, the amount is reduced accordingly.*

**Voraussetzungen**

Voraussetzung für diesen Zuschuss ist der Nachweis einer Krankenvollversicherung für den gesamten Förderzeitraum in Deutschland. Die Kosten müssen durch die Vorlage von Rechnungen im Original und Zahlungsbelegen in Kopie bei der aufnehmenden Einrichtung nachgewiesen und in Form einer Belegliste bei der Humboldt-Stiftung eingereicht werden. Erst danach kann eine Erstattung erfolgen. Die Erstattung erfolgt vorbehaltlich der Verfügbarkeit von Haushaltsmitteln. | *This subsidy requires evidence of comprehensive health insurance for the entire fellowship period in Germany. The costs must be demonstrated by submitting original invoices and copies of proofs of payment to the host institution and submitted to the Humboldt Foundation in the form of a list of receipts. Otherwise, we cannot reimburse these costs. Reimbursement is subject to the availability of budget funds.*

**Hinweise zur Beantragung**

Bitte stellen Sie den Antrag mindestens 3 Monate im Voraus und rechnen Sie mit einer Bearbeitungszeit von mehreren Wochen. Bitte verwenden Sie das Antragsformular und senden es ausgefüllt an Ihre zuständige Kontaktperson in der Stiftung. | *Please submit the application at least three months in advance and expect a processing time of several weeks. Please use the application form and submit the completed form by email to your contact at the Foundation.*

Die Abrechnung muss in der Regel innerhalb des Kalenderjahres erfolgen, in dem die Kosten entstanden sind. Sollten einzelne Rechnungen und Zahlungsbelege erst nach Beendigung des Förderzeitraumes vorgelegt werden können, ist der Antrag auf Zuschuss dennoch vor Ablauf des Förderzeitraumes zu stellen. | *As a rule, invoices must be submitted within the calendar year in which the costs were incurred. If individual invoices and payment receipts can only be submitted after the end of the fellowship period, the application for a subsidy must still be submitted before the end of the fellowship period.*

**Erklärung der antragstellenden Einrichtung**

Hiermit beantragen wir einen Zuschuss zur Deckung nachgewiesener, durch eine Behinderung oder chronische Erkrankung bedingter Mehrkosten während der Förderung für den\*die oben genannte\*n Fellow, soweit diese Mehrkosten nicht von der Krankenversicherung oder anderen Trägern übernommen werden. | *We hereby apply for a subsidy to cover demonstrable additional costs caused by a disability or chronic illness during the fellowship of the above-mentioned Philipp Schwartz fellow, insofar as these additional costs are not covered by the fellow’s health insurance or other funding providers.*

**Beantragter Zuschuss in Euro | Requested subsidy in Euro:       EUR**

Kurze Erläuterung der Art und des Umfangs der Behinderung oder chronischen Erkrankung und des daraus resultierenden Bedarfs eines Zuschusses: | *Brief description of the nature and extent of the disability or chronic illness and the resulting need for financial support:*

|  |
| --- |
|  |

Wir sind über die folgenden Rahmenbedingungen informiert und erklären Folgendes:

*We are informed about the following requirements listed below and declare the following:*

Die geltend gemachten gesundheitlichen Kosten sind durch eine Behinderung bzw. chronische Erkrankung verursacht und übersteigen die Belastungsgrenze von 100 EUR im Monat, angerechnet auf den Gesamtförderzeitraum. |   
*The requested healthcare costs are caused by a disability or chronic illness and exceed EUR 100 (amount expected to be covered by own means) per month.*

Die entsprechenden medizinischen Nachweise, Gutachten, Heilmittelverordnungen, Rezepte, etc. über die Behinderung bzw. chronische Erkrankung liegen der antragstellenden Einrichtung vor. | *All relevant medical evidence, expert reports, prescriptions for remedies or medications, etc. relating to the disability or chronic illness are available to the applicant institution.*

Der\*die Fellow hat eine gesetzliche oder private Krankenvollversicherung für die Dauer der Förderung abgeschlossen. Ein entsprechender Nachweis liegt der aufnehmenden Einrichtung vor. | *The fellow has taken out a comprehensive statutory or private health insurance for the duration of the fellowship. Proof of this is available to the host institution.*

Die gesetzliche oder private Krankenvollversicherung übernimmt die eingereichten Kosten nicht; der Nachweis darüber liegt der antragstellenden Einrichtung vor. | *The statutory or private comprehensive health insurance does not cover the requested costs; proof of this is available at the host institution.*

Sollten Kosten im Verlauf der Förderung oder nachträglich von dritter Seite übernommen werden, ist dies der Alexander von Humboldt-Stiftung unverzüglich mitzuteilen. Zu viel gezahlte Leistungen sind an die Alexander von Humboldt-Stiftung zurückzuzahlen. | *The Alexander von Humboldt Foundation must be informed immediately if costs are covered by a third party during the fellowship period or subsequently. Overpayments must be refunded to the Alexander von Humboldt Foundation.*

**Anlagen | Attachments**

Eine **Belegliste** über die Mehrkosten ist dem Antrag beigefügt. Die Originale der Rechnungen und Kopien der Zahlungsbelege liegen der antragstellenden Einrichtung vor und werden entsprechend der Aufbewahrungsfristen 5 Jahre aufbewahrt. | *A list of all receipts for the additional costs are enclosed with the application. The original receipts are available at the host institution and will be kept for 5 years in accordance with the retention periods.*

Eine ausgefüllte und unterzeichnete **Datenschutzerklärung des\*der Fellow** ist dem Antrag beigefügt.

*A completed and signed data protection declaration of the fellow is attached to the application.*

**Eigenhändige Unterschrift der Projektleitung:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Eigenhändige Unterschrift der Projektleitung |

**Angaben zur unterzeichnenden Person:**

|  |  |
| --- | --- |
| Akademischer Titel: |  |
| Nachname: |  |
| Vorname: |  |
| Anrede: |  |
| Funktion/Position: |  |
| Organisationseinheit: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |

**Philipp Schwartz-Initiative der Alexander von Humboldt-Stiftung**

**Antrag auf Zuschuss bei Behinderung oder chronischer Erkrankung | *Application for a subsidy for disability or chronic illness***

**Datenschutzerklärung der geförderten Person | *Data protection declaration of the fellow***

**Datenschutzerklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die bei der Antragstellung von mir angegebenen Daten von der Alexander von Humboldt-Stiftung (AvH) gespeichert und zum Zweck der Antragsbearbeitung genutzt werden.

Ich willige ferner ein, dass mit der Antragstellung meine persönlichen Daten (Name, Vorname, akademischer Titel, Fachgebiet, Nation, Geschlecht, E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, aktuelle Einrichtung, Karrieredaten) von der AvH elektronisch gespeichert und verarbeitet, sowie zum Zwecke der Begutachtung, Statistik und Evaluation durch die AvH und deren Beauftragte im Sinne des Art. 28 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) genutzt werden; eine Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse erfolgt lediglich in kumulierter und anonymisierter Form.

Ich bin damit einverstanden, dass die bei der Antragstellung von mir angegebenen Daten für die o. g. Zwecke sowie zur erleichterten Stellung von Folgeanträgen für den Zeitraum von drei Jahren gespeichert und anschließend anonymisiert werden. Die Frist beginnt mit einer ablehnenden Entscheidung über den Antrag durch die AvH. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine aktualisierten persönlichen Daten von der AvH dauerhaft gespeichert und zum Zwecke der Förderung genutzt werden dürfen.

Die Daten werden auf Servern der AvH oder im Falle der Auftragsverarbeitung auf Servern des Beauftragten gespeichert; eine Weitergabe von personenbezogenen Daten an Dritte im Sinne des Art. 4 Ziff. 10 DSGVO erfolgt nicht.

Ich bin ferner darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und ich meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung werde ich ggf. richten an: [info@avh.de](mailto:info@avh.de). Im Falle des Widerrufs werden meine Daten gelöscht.

Datenschutzbeauftragter der AvH: [datenschutzbeauftragter@avh.de](mailto:datenschutzbeauftragter@avh.de)

***Data privacy protection***

*I hereby agree to the Alexander von Humboldt Foundation (AvH) storing the data I provided with my application and using this data to process my application.*

*I furthermore consent to AvH electronically storing and processing data relating to my person (surname, given name(s), academic title, field of research, country, gender, e-mail address, current institution, date of birth, career details) provided at the time of the application and to the use of this data for purposes of review, statistics and evaluation by AvH and its authorised processors in accordance with Article 28 of the General Data Protection Regulation (GDPR); the results of the evaluation will be published only in a cumulative, anonymised form.*

*I hereby agree to the data I provided with the application being stored for a period of three years for the above-mentioned purposes as well as to facilitate the submission of later applications, and to this data being subsequently anonymised. This period begins with the date on which AvH issues a negative decision on the application. I furthermore agree to AvH permanently storing my updated personal data and using it for fellowship purposes.*

*The data will be stored on AvH servers or, in the case of processing on behalf of the controller, on the processor's servers; personal data will not be transferred to third parties as defined by Article 4 (10) of the GDPR.*

*I have furthermore been informed that my consent to the collection, processing and use of my data is voluntary and that I may revoke my consent at any time for the future. Where applicable, I will send my revocation to [info@avh.de](mailto:info@avh.de). In the event that I revoke my consent, my data will be erased.*

*Data protection officer for AvH: [datenschutzbeauftragter@avh.de](mailto:datenschutzbeauftragter@avh.de)*

**Eigenhändige Unterschrift Philipp Schwartz Fellow: / *Personal signature Philipp Schwartz Fellow:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum  *Place, date* | Nachname(n), Vorname(n)  *last name(s), first name(s)* | Eigenhändige Unterschrift Fellow  *personal signature PSI fellow* |