**Anlage 7**

zu den Verwendungsbestimmungen der Programmlinie Brückenstipendium

**Philipp Schwartz-Initiative der Alexander von Humboldt-Stiftung: Programmlinie Brückenstipendium**

**Antrag auf Verlängerung des Forschungsstipendiums bei Behinderung**

***Application for an extension of the fellowship due to disability***

(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:** |  |
| **Auswahlrunde:** | Wählen Sie ein Element aus. |
| **Aktuelle Förderphase:** | Wählen Sie ein Element aus. |
| Anzahl bereits bewilligter Verlängerungs­monate aufgrund Behinderung: | Wählen Sie ein Element aus. |

**Verlängerung im Falle einer Behinderung / Extension due to disability**

Stipendiat\*innen kann auf Antrag der aufnehmenden Einrichtung eine Verlängerung des Brückenstipendiums um bis zu 5 Monate gewährt werden, wenn er\*sie eine Behinderung nachweisen kann, die die Durchführung des Forschungsvorhabens zeitlich verzögert hat. Der Bedarf wird im Rahmen einer Einzelfallprüfung festgestellt.

*At the request of their host institution, fellowship holders may be granted an extension of the fellowship for up to 5 months if they can provide evidence of a disability that has delayed the completion of the research project. The need will be determined on a case-by-case basis.*

Wurde das Brückenstipendium für weniger als 5 Monate bewilligt, können Sie maximal die ursprünglich verliehene Dauer beantragen. In der anschließenden **Erstförderung** kann erneut ein Antrag auf Verlängerung aufgrund einer Behinderung gestellt werden. Diese richtet sich nach der Dauer der verliehenen Förderung. Die Verlängerung aufgrund einer Behinderung kann für alle Förderabschnitte insgesamt max. 12 Monate betragen.

*If the fellow is in the initial funding period (regular funding period: 24 months), this can be extended by a maximum of 12 months. If the research fellowship was awarded for a period of less than 12 months, you can apply for a maximum of the originally awarded duration. The extension due to a disability may not exceed a total of 12 months for both funding phases.*

**Hinweise zur Beantragung / How to apply**

Bitte stellen Sie den Antrag rechtzeitig vor Beendigung des Brückenstipendiums 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. Über die Verlängerungsanträge entscheidet die Alexander von Humboldt-Stiftung unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

*Please submit the application in good time before the end of the fellowship 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. The Alexander von Humboldt Foundation decides on extension applications, taking into account the available budget funds.*

**Erklärung der antragstellenden Einrichtung / Declaration of the host institution**

Hiermit beantragen wir eine Verlängerung der Förderung wegen Verzögerungen in der Umsetzung des Forschungsvorhabens aufgrund einer Behinderung.

*We hereby apply for an extension of the fellowship of above mentioned fellow due to delays in the implementation of the fellow’s research project caused by a disability.*

**Dauer und Zeitraum der geplanten Verlängerung / Planned extension period:**

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl Monate/number of months: | Wählen Sie ein Element aus. |
| Von/from: | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Bis/until: | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |

Kurze Erläuterung der Art und des Umfangs der Behinderung und der daraus resultierenden Verzögerung:

*Brief description of the nature and extent of the disability and the resulting delay:*

|  |
| --- |
|  |

Wir sind über die folgenden Rahmenbedingungen informiert und erklären Folgendes:

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

Die Verzögerung in der Umsetzung des Forschungsvorhabens wurde durch eine Behinderung verursacht.

*The delay in the implementation of the research project was caused by disability.*

Die entsprechenden medizinischen Nachweise über die Behinderung liegen der antragstellenden Einrichtung vor.

*All relevant medical evidence relating to my disability are available to the host institution.*

Wir nehmen zur Kenntnis, dass eine Verlängerung bei Behinderung nur dann gewährt wird, wenn das gewünschte Forschungsvorhaben in dem zur Verfügung stehenden Zeitraum nicht zu einem sinnvollen Abschluss gebracht werden kann. Eine Verlängerung kann nicht zur Bearbeitung eines neuen Forschungsvorhabens oder eines sich aus dem ursprünglichen Forschungsvorhaben ergebenden weiterführenden Themas bewilligt werden. Der von der Alexander von Humboldt-Stiftung insgesamt im Rahmen des Brückenstipendiums sowie der Erstförderung bewilligte Förderungszeitraum darf – unabhängig von der Begründung einer Verlängerung – in der Regel 40 von der AvH finanzierte Fördermonate nicht überschreiten.

*We acknowledge that the extension of the research fellowship in the context of disability will only be granted if the envisaged research cannot be completed within the available period of time. An extension cannot be granted for pursuit of a new research outline or of a new theme which has developed from the original research outline. As a rule, the total sponsorship period approved by the Alexander von Humboldt Foundation may not exceed 41 sponsorship months financed by the AvH, regardless of reasons for an extension.*

**Anlagen**

Eine schriftliche **Stellungnahme** der wissenschaftlichen Mentorin\*des wissenschaftlichen Mentors zum Stand des Forschungsvorhabens ist dem Antrag beigefügt.

*A written statement from the scientific mentor on the status of the fellow’s research project is enclosed with the application.*

Die **Forschungsplatz- und Betreuungszusage** der wissenschaftlichen Mentorin\*des wissenschaftlichen Mentors wurde um den Zeitraum der beantragten Verlängerung erweitert und liegt dem Antrag bei.

*The scientific mentor's confirmation of research facilities and mentoring agreement have been amended to cover the requested extension period and are enclosed with the application.*

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:**

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

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

**Programmlinie Brückenstipendium**

**Stellungnahme des wissenschaftlichen Mentors / der wissenschaftlichen Mentorin zum Antrag auf**

**Verlängerung des Forschungsstipendiums bei Behinderung**

(Stand: 25 November 2024)

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))

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname, Vorname Fellow: |  |
| Nachname, Vorname (wiss. Mentor\*in): |  |
| Titel (wiss. Mentor\*in): |  |
| Anrede (wiss. Mentor\*in): |  |
| Gastinstitut: |  |
| Postalische Anschrift des Gastinstituts: |  |
| Telefonnummer (wiss. Mentor\*in): |  |
| E-Mail-Adresse (wiss. Mentor\*in): |  |

Bitte nehmen Sie Stellung zum Stand des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens der\*des Philipp Schwartz-Fellows (Textlänge ca. 1 Seite, Deutsch oder Englisch). Erläutern Sie die aufgrund der Behinderung aufgetretenen oder erwarteten Verzögerungen und begründen Sie die Notwendigkeit der beantragten Verlängerung.

Sie können die Stellungnahme auf Ihrem Briefbogen verfassen, anschließend einscannen und der unterschriebenen Forschungsplatzzusage beifügen oder direkt hier im Formular erfassen.

|  |
| --- |
|  |

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

**Programmlinie Brückenstipendium**

**Forschungsplatz- und Betreuungszusage**

**des wissenschaftlichen Mentors / der wissenschaftlichen Mentorin zum Antrag auf Verlängerung des Forschungsstipendiums bei Behinderung**

(Stand: 25 November 2024)

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))

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname, Vorname Fellow: |  |
| Nachname, Vorname (wiss. Mentor\*in): |  |
| Titel (wiss. Mentor\*in): |  |
| Gastinstitut: |  |
| Postalische Anschrift des Gastinstituts: |  |
| Telefonnummer (wiss. Mentor\*in): |  |
| E-Mail-Adresse (wiss. Mentor\*in): |  |

Hiermit bestätige ich, dass auch für den Zeitraum der beantragten Verlängerung

vom: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

bis: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

alle für das Forschungsvorhaben benötigten Einrichtungen, Geräte und Verbrauchsmaterialien zur Verfügung stehen und ich autorisiert bin, der\*dem Fellow weiterhin einen Forschungsplatz zur Verfügung zu stellen.

Ich erkläre hiermit, dass mir keine Tatsachen oder besonderen Aspekte bekannt sind, die eventuell gegen eine Förderung sprechen könnten (z. B. mögliche Konflikte mit rechtsverbindlichen Grundsätzen der Wissenschaftsethik, Gefahr des rüstungsrelevanten Technologietransfers i. S. gesetzlicher Regelungen, etc.).

Ich versichere, dass für die\*den Fellow im Falle einer Förderung die gleichen Sicherheitsbedingungen wie für andere am Institut tätige Wissenschaftler\*innen gewährleistet werden. Ich werde als wissenschaftliche Mentorin/wissenschaftlicher Mentor zur Verfügung stehen und eine wissenschaftliche Begleitung des Forschungsaufenthaltes sowie die Einhaltung der Regeln guter wissenschaftlicher Praxis und rechtsverbindlicher Grundsätze der Wissenschaftsethik im Rahmen der Betreuung gewährleisten.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Wissenschaftliche\*r Mentor\*in (eigenhändige Unterschrift) |

**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  *personal signature* |