



T.C.
DIŐIŐLERİ BAKANLIĞI
AVRUPA BİRLİĞİ BAŐKANLIĐI
TÜRKİYE ULUSAL AJANSI

**ERASMUS+ PROGRAMI PROGRAMLA İLİŐKİLİ ÜLKELER İLE
YÜKSEKÖĞRETİMDE ÖĞRENCİ VE PERSONEL HAREKETLİLİĞİ**

İÇERME DESTEĐİ¹ EK HİBE TALEP FORMU (PERSONEL)

Lütfen bu formu doldurarak ve istenen ekleri tamamlayarak ilave hibe talebini, Başkanlığımız ile yükseköğretim kurumu arasında imzalanan hibe sözleşmesi dönemi içerisinde ve faaliyet başlangıcından en az 15 gün önce Türkiye Ulusal Ajansı Başkanlığına yasal temsilci imzalı resmî yazı ekinde gönderiniz.

BAŐVURUDA BULUNAN KURUM:

BAŞVURUYA AİT PROJE/SÖZLEŞME NO:

[Ek hibe talebinde bulunulan personelin hareketliliğe katıldığı döneme ilişkin sözleşme/proje no girilecektir. 202x-TR01-KA-131-xxxx]

BAŐVURUDA BULUNAN KURUM YASAL TEMSİLCİSİ

İSİM :

SOYİSİM :

GÖREV :

Bu formla verilen bilgilerin bilginim dâhilinde, tam ve doğru olduğunu onaylarım.

İMZA :

[Kurum Adına Kurum Yasal Temsilcisi]

TARİH:

FAALİYETE KATILACAK PERSONEL

İSİM :

SOYİSİM :

GÖREV :

MİSAFİR OLUNACAK KURUMUN ADI:

MİSAFİR OLUNACAK KURUMUN ERASMUS ID KODU:

Ders Verme Hareketliliği Eğitim Alma Hareketliliği

ÖĞRETİM ELEMANI için ÖĞRETİM KONUSU ALANI:

İDARİ PERSONEL için ÇALIŐTIĐI BİRİM:

YURTDİŐINDA KALMASI ÖNGÖRÜLEN SÜRE (gün/hafta) :

GİDİŐ-DÖNÜŐ TARİHLERİ:

Bu formla verilen bilgilerin bilginim dâhilinde, tam ve doğru olduğunu onaylarım.

İMZA :

[Personel]

TARİH :

¹ İçerme Desteği önceki dönemlerde "Dahil Etme" ya da "Özel İhtiyaç Desteği" olarak ifade edilmektedir.



T.C.
DIŐIŐLERİ BAKANLIĞI
AVRUPA BİRLİĞİ BAŐKANLIĐI
TÜRKİYE ULUSAL AJANSI

1. Lütfen özel ihtiyacı tanımlayınız.

- Özel İhtiyacın Türü :
- Derecesi :
- Kalıcı bir yardımcıya ihtiyacınız var mı? (E/H) :
- Geçici yardıma mı ihtiyacınız var? (E/H) :
- Ne tür bir tıbbi bakıma ihtiyacınız var? :
- (fizik tedavi, düzenli kontroller vb.)
- Özel öğretim araçlarına ihtiyacınız var mı? : Varsa işaretleyiniz veya tanımlayınız:
- . Özel Alfabe :
- . Ses Kayıt Cihazı :
- . Diğer :

2. 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.)

3. 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?

4. Lütfen bu başvuruya eklediğiniz ispatlayıcı belgeleri sayınız:

- Özel İhtiyaç Desteği / Engelli Kartı (onaylı fotokopisi) :
- Tıbbi Sağlık Belgesi (orijinal ve üç aydan eski olmayan) :
- Diğer (Lütfen açıklayınız.) :

5. Misafir olacağınız kurumda yetkili bir kiŐi ile kurumlarının özel ihtiyaçlarınızı karŐılamaya uygun olup olmadığını önceden kontrol ettiniz mi? Lütfen misafir olunacak kurumun ihtiyaçlarınızdan haberdar olduğunu ve sizi Erasmus program dâhilinde kabul edebileceklerini teyit eden/ispatlayan, gidilecek kurumdan alınmış bir belge sununuz. (Misafir olunacak kurumdan alınan bir mektubun kopyası)



T.C.
DIŐIŐLERİ BAKANLIĞI
AVRUPA BİRLİĞİ BAŐKANLIĐI
TÜRKİYE ULUSAL AJANSI

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	:
-Bakım için Yardımcı/Refakatçi . gündüz (günlük saat)	:
. gece	:
-Özel eğitim malzemeleri (Özel alfabe, kayıt cihazı vb.)	:
-Diğer (Lütfen açıklayınız.)	:
TALEP EDİLEN TOPLAM EK HİBE	:

TALEP FORMUNA EKLENECEK DİĞER BELGELER:

- 1- Üç aydan eski tarihli olmamak üzere Doktor Raporu orijinali veya onaylı kopyası veya resmî makamlardan alınmış “Özel İhtiyaç Desteği / Engelli Kartı” fotokopisi.
- 2- Misafir olunacak kurumdan alınan, kurumun personelin ihtiyaçlarından haberdar olduğunu ve personeli kabul edebileceklerini belirten mektubun bir kopyası.