



## Antrag für unterstützende Massnahmen

- |                    |                                       |   |                                     |
|--------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Antrag für         | <input type="checkbox"/> Nachhilfe    | <input type="checkbox"/> Lernbegleitung           | <input type="checkbox"/> Zündschnur |
|                    | <input type="checkbox"/> Lerntherapie | <input type="checkbox"/> Bewerbungs-<br>werkstatt |                                     |
| Anbieter angefragt | <input type="checkbox"/> Ja           | <input type="checkbox"/> Nein                     | Falls ja: wo                        |
| Abrechnung         | <input type="checkbox"/> EBA mit FIB  | <input type="checkbox"/> EFZ                      | _____                               |

### Antragstellende Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Lernende / Lernender

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Lehre als \_\_\_\_\_ Aktuelles Lehrjahr \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen zwingend notwendig)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Lehrbetrieb

Lehrbetrieb \_\_\_\_\_ Berufsbildner/ -in \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Berufsfachschule

Berufsfachschule \_\_\_\_\_ Lehrperson \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Grund für die Anmeldung / Motivation** (durch Lernende / Lernenden auszufüllen)

---

---

---

---

(durch Abteilung Berufsbildung auszufüllen)

**Indikation**

---

---

---

---

---

**Auftrag / Ziel**

---

---

---

---

Beantragte Dauer / Lektionen \_\_\_\_\_

Verlängerung um \_\_\_\_\_

Bewilligung \_\_\_\_\_

Verlängerung um \_\_\_\_\_

Bewilligung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Lernende / -r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Lehrbetrieb (fakultativ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte / -r  
(bei Minderjährigen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Abteilung Berufsbildung

\_\_\_\_\_  
Bei FIB: Unterschrift unterstützende Dienste

Einsenden an:  
Dienststelle Berufsbildung und Berufsberatung  
Ringkengässchen 18  
8200 Schaffhausen