



T.C.
DIŞİŞLERİ BAKANLIĞI
AVRUPA BİRLİĞİ BAŞKANLIĞI
TÜRKİYE ULUSAL AJANSI

**ERASMUS+ PROGRAMI PROGRAMLA İLİŞKİLİ ÜLKELER İLE
YÜKSEKÖĞRETİMDE ÖĞRENCİ HAREKETLİLİĞİ
İÇERME DESTEĞİ¹ EK HİBE TALEP FORMU (ÖĞRENCİ)**

Lütfen bu formu doldurarak ve istenen ekleri tamamlayarak ilave hibe talebini, Başkanlığımız ile yükseköğretim kurumu arasında imzalanan hibe sözleşmesi süresi içerisinde ve faaliyet başlangıcından en az 15 gün önce Türkiye Ulusal Ajansı Başkanlığına KEP yolu ile gönderiniz.

Lütfen Başvuru Türünü İşaretleyiniz:

Proje Bütçesi İçerisinde Aktarma Onayı
Ulusal Ajans'tan Ek Hibe Talebi

Ek Hibe Talep Eden Kurum Bilgileri:

| | | |
|---|---|--|
| Kurum Adı | : | |
| OID No | : | |
| Ek Hibe Talep Edilen Sözleşme No | : | |
| Kurum Yasal Temsilci Adı Soyadı | : | |
| Kurum Yasal Temsilci Görevi | : | |
| İmza, Mühür <i>Şehir ve tarih belirtiniz.</i> | : | |

Ek Hibe Talep Edilen Öğrenci Faaliyeti Bilgileri:

| | | |
|--|---|--|
| Öğrenci Adı Soyadı | : | |
| Hareketlilik Türü (Öğrenim/Staj) | : | |
| Gidilecek Kurumun Adı | : | |
| Gidilecek Ülke | : | |
| Faaliyet Başlangıç-Bitiş Tarihleri | : | |
| Faaliyet Süresi (ay) | : | |
| Talep Edilen Toplam Ek Hibe Tutarı (Avro) | : | |
| İmza <i>Şehir ve tarih belirtiniz.</i> | : | |

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

T.C.
DIŞİŞLERİ BAKANLIĞI
AVRUPA BİRLİĞİ BAŞKANLIĞI
TÜRKİYE ULUSAL AJANSI

Talep Formuna Eklenecek 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-Gerekli olması halinde misafir olunacak kurumdan alınan, kurumun öğrencinin ihtiyaçlarından haberdar olduğunu ve öğrenciyi kabul edebileceklerini belirten mektubun bir kopyası.

Özel İhtiyaç ve Ek Hibe Gerekliliğine İlişkin Bilgiler:

1. Lütfen özel ihtiyacı tanımlayınız.

- Özel İhtiyacın Türü :
- (Varsa) Engel Derecesi :
- Refakatçi ihtiyacı var mı? (E/H) :
- Yardımcı/bakıcı ihtiyacı var mı? (E/H) :
- Düzenli tıbbi bakım ihtiyacı var mı? (E/H) :
(fizik tedavi, düzenli kontroller vb.)
- Özel eğitim araçları ihtiyacı var mı? :
 - . Özel Alfabe (E/H) :
 - . Diğer :

2. Lütfen talep edilen ek hibenin kullanım yeri, gerekçeleri ve tahmini tutarı hakkında ayrıntılı bilgi veriniz (Kullanım yerleri tabloda örnek olarak yer almaktadır, uygun olan satır(lar)ı doldurunuz):

| Kullanım yeri | Gerekçe (Açıklayınız) | Tahmini Tutar |
|----------------------------|-----------------------|---------------|
| Yurtdışı seyahat | | |
| Şehir içi ulaşım | | |
| Konaklama | | |
| Refakatçi | | |
| Saatli bakıcı | | |
| Tıbbi takip | | |
| İlaç | | |
| Özel eğitim malzemeleri | | |
| Diğer (Belirtiniz) | | |
| Toplam Talep Tutarı (Avro) | | |

3. Misafir olacağınız kurumda yetkili bir kişi ile kurumlarının özel ihtiyaçlarınızı karşılamaya uygun olup olmadığını önceden kontrol ettiniz mi (E/H)?

Cevap “evet”se; Misafir olunacak kurumun ihtiyaçlarınızdan haberdar olduğunu ve sizi Erasmus öğrencisi olarak kabul edebileceklerini teyit eden/ispatlayan, gidilecek kurumdan alınmış bir belge



T.C.
DIŞİŞLERİ BAKANLIĞI
AVRUPA BİRLİĞİ BAŞKANLIĞI
TÜRKİYE ULUSAL AJANSI

sununuz. (Misafir olunacak kurumdan alınan bir mektubun kopyası) **Cevap “hayır”sa sebebini açıklayınız:**



.../.../20...

ANTALYA BELEK ÜNİVERSİTESİ ERASMUS OFİS KOORDİNATÖRLÜĞÜNE

Antalya Belek Üniversitesi, Fakültesi /
 Enstitüsü, Bölümü, numaralı Lisans / Yüksek Lisans
öğrencisiyim.

20.../20... akademik yılı, Güz / Bahar Dönemi'nde Erasmus+ Öğrenim
Hareketliliği kapsamında 'da bulunan Üniversitesi'nde eğitim
almaktayım. Öğrenimime bir sonraki dönem olan 20.../20... akademik yılı, Güz / Bahar
Dönemi'nde de hibe desteği alarak / hibe desteği almadan ilgili üniversitede devam etmek
istiyorum.

Gereğini arz ederim.

.../.../20...

İmza:

Ad Soyad:

İLETİŞİM BİLGİLERİ:

Telefon No:

E-posta:



ERASMUS+ ARRIVAL – DEPARTURE FORM

VALIDATION OF THE COMMENCEMENT OF ERASMUS+ STUDY PERIOD BY THE HOST INSTITUTION

Arrival

This is to certify that _____, student in Antalya Belek University (TR ANTALYA05), arrived at the Host Institution, _____, for the Academic Year _____/_____ as an exchange student for the Erasmus+ Programme on the following date:

Day____ / Month ____ / Year _____ .

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Signature: | Stamp of the Host Institution: |
| Name & function of signatory: | Date: |

Departure

This is certify that the student, whole details are given above, has left the Host Institution previously mentioned, thus her/his period of Study Exchange within the Erasmus+ Programme, on the following date.

Day____ / Month ____ / Year _____ .

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Signature: | Stamp of the Host Institution: |
| Name & function of signatory: | Date: |

