



Bewerbungsformular Deutschlandstipendium

Bewerber*in-Nr.:
DSTIP _____
(bitte nicht ausfüllen)

Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Anschrift

Telefon E-Mail Staatsangehörigkeit

Matrikelnummer Studiengang derzeitiges Fachsemester

Ich bewerbe mich um das Stipendium: _____
(bitte Nr. des Auswahlverfahrens angeben)

Ich erhalte bereits ein Stipendium / Förderleistungen (z.B. DAAD-Vollstipendien,
Begabtenförderungswerke etc.).

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ich erhalte BaföG.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Stipendienstelle den aktuellen Nachweis meiner
Studienleistungen als Bestandteil meiner Bewerbung für ein Stipendium direkt beim
Prüfungsamt anfordert (gilt nicht für Studierende im ersten Semester).

ja nein

Wenn nein: Bitte reichen Sie den Nachweis Ihrer Studienleistungen zusammen mit Ihrer
Bewerbung bei der Stipendienstelle ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben. Jede Änderung werde ich
der Stipendienstelle der Hochschule für Gesundheit mitteilen.

Ort/Datum

Unterschrift



Bitte fügen Sie Ihrem ausgefüllten und unterschriebenen Antrag die folgenden Anlagen¹ bei:

- tabellarischer Lebenslauf (ohne Foto)
- ggf. aktueller Nachweis der Studienleistungen bzw. Kopie der Hochschulzugangsberechtigung bei Studierenden im ersten Semester
- ggf. Nachweise über aktuelles Engagement (in Kopie)
- ggf. Nachweise über besondere persönliche oder familiäre Umstände (in Kopie)

Welche Dokumente von der Hochschule für Gesundheit generell zu Nachweiszwecken als ausreichend angesehen werden, können Sie der Stipendienrichtlinie unter www.hs-gesundheit.de/stipendien entnehmen

¹ Hinweis: Unvollständige Anträge können nicht berücksichtigt werden!