FB 09

Chemie, Pharmazie, Geographie und Geowissenschaften

An: Gleichstellungsbeauftragte des Fachbereich 09

## Antragsformular „Gleichstellungsmittel“ [Stand 08\_23]

**Bitte senden Sie dieses Formular + ggf. Anhänge via E-Mail an:**

**Gleichstellung-FB09@uni-mainz.de**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Antragsformular Nr.  (wird von Gleichstellungsbeauftragten ausgefüllt) | | Datum: |
| Antragstellerin | Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Adresse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Institut | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| ggf. Arbeitskreis | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Status | Studentin Bachelor/Master/Staatsexamen  Promovendin  Postdoktorandin  Habilitandin  habilitierte Wissenschaftlerin  PI  Anderes: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Antrag auf: | **Übernahme Teilnahmebeitrag für Mentoring-/**  **Fortbildungsprogramm[[1]](#footnote-1)**  ADA CAREER ORIENTATION  ADA PRO ACADEMIA  Anderes: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  **Unterstützung eines Tagungs-/ Kongressbeitrages**  Name der Veranstaltung:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Veranstaltungsdauer:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Veranstaltungsort (Stadt/Land)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Voraussichtliche Kosten:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  **Unterstützung von Care-Arbeit**  Benötigte Anzahl an HiWi-Stunden (max. 260h/y)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Unterschrift Antragstellerin |  | |

## Bestätigung fehlender eigener Finanzierungsmittel

Die finanziellen Mittel der Gleichstellungsbeauftragten des Fachbereichs für individuelle Förderungsmaßnahmen sind limitiert, entsprechend können diese nur subsidiär bereitgestellt werden, wenn andere Mittel gar nicht oder nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Entsprechend benötigt es eine Bestätigung, dass für die beantragten Maßnahmen keine eigenen Mittel[[2]](#footnote-2), keine Mittel über die inneruniversitäre Forschungsförderung (Reisekosten/ Stufe-I) oder Mittel der Betreuenden zur Verfügung stehen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bestätigung der Antragstellerin | | Datum: |
| Antrag auf inneruniversitäre Forschungsförderung gestellt?[[3]](#footnote-3) | ja, ich habe eine Förderung erhalten  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  ja, aber dieser wurde abgelehnt  nein, Begründung:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Eigene Mittel vorhanden? | ja  falls ja, bitte kurze Begründung warum diese nicht für beantragte Maßnahme verwendet werden können  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  nein | |
| Unterschrift  (mit der Unterschrift bestätigen Sie, die Richtigkeit der Angaben) |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bestätigung der betreuenden Person[[4]](#footnote-4) | | Datum: |
| Name der betreuenden Person | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Benötigter Betrag insgesamt: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| kurze Begründung: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Unterschrift der betreuenden Person  (mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass der benötigte Betrag der Antragstellerin nicht über eigene bzw. Drittmittel übernommen werden können) |  | |

1. Bitte legen Sie eine Kopie der Antragsunterlagen für das ADA-Mentoring-Programm bzw. Angaben zu dem gewünschten Programm, anfallende Kosten etc. dem vorliegenden Antrag bei [↑](#footnote-ref-1)
2. Nur bei Postdoktorandinnen/PIs [↑](#footnote-ref-2)
3. Nur sofern für die beantrage Maßnahme generell über die inneruniversitäre Forschungsförderung abgedeckt werden könnte [↑](#footnote-ref-3)
4. Nur sofern Betreuungsverhältnis besteht [↑](#footnote-ref-4)