**SMP 2019/2020**

**Name, Vorname:**

**Zielland:**

**Geplanter Aufenthaltszeitraum:**

**Tatsächlicher Aufenthaltszeitraum**

**Grund:** Ausbreitung der Corona-Infektion und einhergehende Schutzmaßnahmen

**Erklärung der Richtigkeit der Angaben**

Hiermit bestätige ich, Vorname Nachname, geb. am tt.mm.2020, dass nach dem Abbruch meines Praktikums am tt.mm.2020 - und somit nach meiner Rückkehr in mein Heimatland (Deutschland) - noch folgende Kosten von Dienstleistungen entstanden sind, die ich nicht in Anspruch genommen habe und für die ich auch nach mehrmaliger Anfrage keine Erstattung vom Anbieter erhalten habe (auch nicht in Form eines Gutscheins):

1. Verwendungszweck:

Betragshöhe:

Zahlungsdatum:

1. Verwendungszweck:

Betragshöhe:

Zahlungsdatum:

**Falls ich die entstandenen ungenutzten Kosten in Form eines Gutscheins erhalten habe:**

󠆘 bestätige ich hiermit, dass ich mich darum **bemüht habe** den monetären Wert des Gutscheins erstattet zu bekommen. Diese Anfrage wurde jedoch vom Anbieter abgelehnt (den entsprechenden Nachweis in Form eines Screenshots lege ich bei)

󠆘 ist es für mich ausfolgenden **Gründen unabdingbar** den monetären Wert anstelle des Gutscheins zu erhalten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

󠆘 Mir ist bekannt, dass der erhaltene **Gutschein** von KOOR/BEST bei einer Erstattung des monetären Wertes **einbehalten wird** (der Gutschein liegt bei).

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Falle von falschen Angaben das Stipendium ganz oder teilweise zurückgefordert wird.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |