

Stipendiennachweis zur Befreiung der Verwaltungskosten

Hiermit bestätige ich _____ ,
dass Frau/Herr _____ ,
geboren am _____ , Matrikelnummer _____ ,
an der Medizinischen Hochschule Hannover im Institut für _____ ,
ein aus öffentlichen Mitteln finanziertes Stipendium erhält. Das Stipendium ist vom _____
bis _____ gültig.

Gemäß **§ 11 Absatz 1 des Niedersächsischen Hochschulgesetzes (NHG)** erheben Hochschulen in staatlicher Verantwortung für ihren Träger von den Studierenden für jedes Semester einen Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von 75,00 Euro. Hiervon ausgenommen sind Studierende, die ein aus **öffentlichen Mitteln finanziertes Stipendium** für ein Promotionsstudium oder gleichstehendes Studium erhalten.

An der MHH sind dem Promotionsstudium gleichstehend die Studiengänge „PhD Regenerative Sciences“, „Promotion Infektionsbiologie“, „PhD Molekulare Medizin“.

Das Stipendium wird aus folgenden „**öffentlichen**“ Mitteln finanziert:

- Stipendium der Europäischen Union - *Nicht die einzelnen Mitgliedsstaaten. Zertifikat/Urkunde der EU erforderlich.*
- Stipendium der Bundesrepublik Deutschland - *Nicht die einzelnen Bundesländer. Zertifikat/Urkunde der BRD erforderlich.*
- Stipendium eines deutschen Bundeslandes - *z.B. NDS, NRW, Berlin, usw. . Zertifikat/Urkunde des Bundeslandes erforderlich.*
- Stipendium einer deutschen Kommune - *z.B. Stadt, Gemeinde usw. . Zertifikat/Urkunde der Kommune erforderlich.*
- Stipendium aus leistungsorientierten Mitteln - LOM - *Stipendiumvertrag zwischen Student und Abteilung/Institut erforderlich.*
- Stipendium aus anderen öffentlichen Mitteln, bzw. von anderen Geldgebern. Bitte tragen Sie den Namen der geldgebenden Organisation ein: _____

Der/Die oben genannte Student/in steht in einem Arbeits-/Beschäftigungsverhältnis: Ja / Nein

Bitte legen Sie dem Befreiungsnachweis eine Kopie des Stipendiumsvertrages/-nachweises bei.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

**Proof of Scholarship
for exemption of administrative fees**

I _____ hereby certify,

Mr / Ms _____,

born on _____, matriculation number _____,

receives a publicly funded scholarship from Medizinische Hochschule Hannover / Hannover Medical School,

institute of _____.

The scholarship is valid from _____ to _____.

According to **article 11 (1) of the Lower Saxony Higher Education Act (NHG)** raise state-run universities for their support of the students for each semester an administration fee in the amount of 75.00 euros. This does not include students who receive a project financed from public funds scholarship for doctoral studies or equal standing study: "PhD Regenerative Sciences", "Promotion Infection Biology", "PhD Molecular Medicine".

The scholarship is **publicly** funded by:

- European Union - *Not a scholarship from separate Union Member State. A certification from European Union are required.*
- Federal Republic of Germany - *Not a scholarship from separate federal state of Germany. A certification from Germany are required.*
- German federal states - *Certification from separate federal state of Germany. For example: Federal state "Niedersachsen", "Berlin", etc.*
- German municipalities/communities - *For example City of Hannover, communities. A certification from city or community are required.*
- performance-oriented funding - LOM by MHH - *Contract between student and department / institute are required.*
- Another publicly funds, or sponsors. Please enter the name of institute or other kind of sponsors: _____

The student has an employee contract: Yes / No

Please attach a proof/contract of the scholarship from mentioned student.

Place and date

signature and stamp