

תאריך _____

בקשה לסיוע/ התאמות לבחינות לסטודנטים עם מוגבלות/ לקות רפואית- שנת הלימודים תשפ"ב

*ניתן לקבל עזרה במילוי הטופס בדיקנאט הסטודנטים במדור נגישות ולקויות למידה

א. פרטים אישיים

שם פרטי ומשפחה: _____

מס' ת.ז.: _____

כתובת: _____

טלפון נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

איש קשר לפנייה במקרה חירום: _____

ב. חוגי הלימוד

תואר: ראשון / שני

חוגי לימוד: 1. _____ שנה _____ 2. _____ שנה _____

קורס אנגלית: רמה _____

ג. מוגבלות/ לקות

אבחנה רפואית (כפי שמופיעה באישור הרפואי): _____

האם הנך מוכר/ת כנכה? אם כן פרטי:

המוסד לביטוח לאומי? כן / לא משרד הביטחון? כן / לא

1. אחוזי נכות _____ זמני / לצמיתות

2. זכאות לשיקום: ביטוח לאומי / רווחה? כן / לא

סניף שיקום- ביטוח לאומי / רווחה _____ שם עובד/ת שיקום _____

ספק שיקום – על"ה / גש"ר _____

3. זכאות לתעודת עיוור? כן / לא

מהן ההשלכות התפקודיות על מהלך לימודיך?

ד. התאמות לבחינות והתאמות נגישות:

פירוט ההתאמות המבוקשות:

ה. סיוע ותיווך

על מנת שנוכל להעניק הסיוע, אנא הקפ/י ופרט/י אילו מהתמיכות הבאות עשויות להתאים לך:

- סיוע ויעוץ לימודי (הרכבת מערכת/שעורי עזר/אסטרטגיות למידה)

- מידע לגבי זכויות בגין המוגבלות/לקות, והפניה לשירותי תמיכה ספציפיים.

- ליווי בחונכות (בדגש חברתי-רגשי/ לימודי/ כללי)

- הדרכה לשימוש בטכנולוגיה מסייעת

- יעוץ / טיפול רגשי

- תיווך לסגל מנהלי ואקדמי

ו. הערות

ז. קבלת מידע ברצוני לקבל מידע רלוונטי במייל כן / לא

המידע יישאר חסוי וישמש לצורך מתן סיוע והתאמות ללמידה ולהיבחנות בלבד.

חתימת הסטודנט/ית