

תאריך _____

בקשה לסיוע/ בחינות מותאמות לסטודנטים עם מוגבלות/ לקות- שנת הלימודים

*ניתן לקבל עזרה במילוי הטופס בדיקנאט הסטודנטים מרכזת נגישות השירות או רכזת רווחה

א. פרטים אישיים

שם פרטי ומשפחה:

מס' ת.ז.:

כתובת:

טלפון נייד:

דואר אלקטרוני:

ב. חוגי הלימוד

תואר: ראשון / שני

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

ג. מוגבלות/ לקות

האבחנה 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 (באמצעות עמותת על"ה)? כן / לא

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

מהן ההשלכות התפקודיות על מהלך לימודיך?

ד. התאמות לבחינות

פירוט ההתאמות המבוקשות לבחינות :

ה. סיוע

על מנת שנוכל להפנותך לגורמי הסיוע המתאימים, 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)

• יעוץ / טיפול רגשי

ו. הערות

ז. **קבלת מידע** ברצוני לקבל מידע במייל מרכזת נגישות השירות כן / לא

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

_____ **חתימה**