İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu’nda görev alan akademik ve idari personelimizin ihtiyaç duyabilecekleri danışma ve destek hizmetlerinden yararlanabilmeleri için aşağıdaki formu eksiksizbir şekilde doldurmaları gerekmektedir.

**Burada verilen bilgiler formu dolduran kişinin talebi olmadıkça gizli tutulacaktır.**

|  |
| --- |
| **DEMOGRAFİK BİLGİLER** |
| Adı- Soyadı |  |
| Doğum Tarihi |  |
| Kurum Sicil Numarası |  |
| Cep Telefonu |  |
| Ev Adresi |  |
| E-Posta |  |
| Eğitim Durumu | [ ]  Doktora[ ]  Yüksek Lisans[ ]  Lisans[ ]  Önlisans[ ]  Lise[ ]  İlköğretim[ ]  Diğer………………………………………………………. |
| İKMYO’da Göreve Başlama Tarihi |  |
| Görev Yeri |  |
| Görev Unvanı |  |
| Başvuru Tarihi |  |
| **Engel Türü (Belgelendireceğiniz engel türlerinin hepsini işaretleyiniz):** |
| [ ]  Zihinsel Yetersizlik[ ]  Görme Yetersizliği[ ]  İşitme Yetersizliği[ ]  Fiziksel / Bedensel / Ortopedik Yetersizlik[ ]  Dil ve Konuşma Bozuklukları[ ]  Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu [ ]  Psikiyatrik/Psikolojik Sorunlar[ ]  Duygusal Davranışsal Bozukluk[ ]  Öğrenme Güçlükleri (Özgül Öğrenme Güçlüğü)[ ]  Kronik Sağlık Sorunları (Epilepsi, hepatit, kalp ve damar, kan, solunum hastalıkları vb)[ ]  Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (Otizm, Asperger Sendromu vb.)[ ]  Geçici YetersizliklerDiğer Lütfen Belirtiniz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Engellilik Oranınız: %** |
| **Engeliniz ile ilgili ne zaman tanı aldınız?** |  |
| **Sağlık kurulu raporunuz var mı?** |  |
| **Özel gereksinim durumunuza ilişkin kullandığınız yardımcı araçlar varsa belirtiniz.**[ ]  Yardımcı araca ihtiyaç duymuyorum.[ ]  Protez[ ]  Koltuk değneği[ ]  Tekerlekli sandalye[ ]  Baston[ ]  Kulak içi cihaz / koklear implant[ ]  Diğer …………………………………….. |
| **Yüksekokulumuzdaki mevcut görevinizi daha verimli yürütmenizde hangi destek ve/veya hizmetlere gereksinim duyuyorsunuz?** |
| **Yüksekokulumuzda sosyal yaşamınızın kolaylaştırılması için düzenleme yapılması gereksinimi duyduğunuz durumlar varsa yazınız.** (Sağlık hizmetleri, psikolojik danışmanlık hizmeti, erişim ile ilgili hizmetler vb.) |

Adı - Soyadı: İmza:

**İLETİŞİM**

Öğr. Gör. Melis HIDIR

Engelsiz Kavram Koordinatörü

**e-mail:** engelsizkavram@kavram.edu.tr