

ÖĞRENCİ BAŞVURU FORMU

Sabancı Üniversitesi'nde eğitim görmeye hak kazanan engelli öğrencilere gerekli danışman ve destek hizmetlerinin sağlanabilmesi için ekte yer alan başvuru formunun eksiksiz doldurulması gerekmektedir. Verdiğiniz bilgiler siz istemediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. Aşağıdaki bilgi formunu doldurduktan sonra specialneeds@sabanciuniv.edu adresine "Başvuru" konulu bir mesaj ile yollayınız.

BİLGİ FORMU

Sevgili Öğrencimiz,

Sabancı Üniversitesi, Özel Gereksinimli Öğrenci Destek Birimi'ne (ÖGÖDB) gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz. Aşağıda istenen bilgileri eksiksiz tamamlamanız öğrenciliğiniz süresince gereken destek hizmetlerinden yararlanmanızı sağlayacaktır. Vereceğiniz bilgiler bu amaç dışında başka bir amaçla ve yazılı izniniz olmadan kesinlikle kullanılmayacaktır. Bu belge, kayıt işlemleri tamamlandıktan sonra da tamamlanıp Özel Gereksinimli Öğrenci Destek Birimi'ne ulaştırılabilir.

I- GENEL BİLGİ

Ad-Soyadı:	Fakülte / Bölüm:
Cinsiyet:	Sınıf:
Doğum Tarihi:	Danışman:
Telefon:	Adres:
E-Posta Adresi:	

II- ENGEL DURUMU İLE İLGİLİ BİLGİ

1. Lütfen sizinle ilgili olanları işaretleyiniz.

<input type="checkbox"/> Öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/> Dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu <input type="checkbox"/> Görme kaybı <input type="checkbox"/> İşitme kaybı <input type="checkbox"/> Hareketle ilgili güçlük (Ortopedik dezavantaj)	<input type="checkbox"/> Dil / konuşma sorunu <input type="checkbox"/> Duygusal / Psikolojik sorun <input type="checkbox"/> Kronik hastalık / sağlık sorunu <input type="checkbox"/> Diğer
--	---

2. Engelinizle ilgili destek aldığınız özel eğitimci, doktor, psikolog vb. Bir uzman var mı?

Varsa Uzmanlık alanı ve ad-soyadı:	Telefon numarası:
------------------------------------	-------------------

3. Eğer öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu, dil-konuşma sorunu, geçici engellilik (kaza vb.sonrası süreli sakatlıklar), sağlıkla/ hareketle ilgili veya psikolojik bir durum varsa:

Tanınız: _____

Tanıyı belirleyen kişi/ kurum: _____

Tarihi: _____ Bu güne kadar aldığınız destekler: _____

Kim veya hangi kurum tarafından destek verildi? _____

4. Eğer işitme güçlüğünüz varsa:

Sağlık kurulu raporunuz var mı? Evet ___ Hayır ___

İşitme cihazınız var mı? Evet ___ Hayır ___

Eğer varsa kullandığınız diğer yardımcı araçlar? _____

İletişim için kullandığınız yol? (tüm kullandığınız yolları işaretleyiniz)

___ Sözel iletişim ___ Dudak okuma ___ İşaret dili ___ Diğer (belirtiniz) _____

5. Hareketle ilgili bir güçlüğünüz varsa:

Sağlık kurulu raporunuz var mı? Evet ___ Hayır ___

Hareket için kullandığınız yardımcı araçlar?

___ Protez ___ Koltuk değneği ___ Tekerlekli sandalye ___ Diğer (belirtiniz) _____

6. Görme güçlüğünüz varsa:

Sağlık kurulu raporunuz var mı? Evet ___ Hayır ___

Derecesi: ___ Total ___ Işık algısı ___ Şekil algısı

Yardımcı araçlar: _____

Eğitim: Yer _____ Zaman _____ Süre _____

7. Üniversitede akademik ve sosyal yaşamınızın kolaylaştırılması için düzenleme yapılması gereksinimi duyduğunuz alanları işaretleyiniz.

<input type="checkbox"/> Binalara/ sınıfa erişim	
<input type="checkbox"/> Ders materyalleri (Braille, ses kaydı gibi alternatif formatta materyal)	<input type="checkbox"/> Barınma (yurt odaları)
<input type="checkbox"/> Ders takibi (derste not tutacak yardımcı, ses kayıt cihazı, bilgisayar vb.)	<input type="checkbox"/> İletişim
<input type="checkbox"/> Sınavlar (alternatif formatta sınav materyalleri, sınav süresi, bilgisayar vb.)	<input type="checkbox"/> Sağlık hizmetleri
<input type="checkbox"/> Sosyal olanaklardan faydalanma (öğrenci klüpleri, spor merkezi, bilgi merkezi, restoranlar, vb.)	<input type="checkbox"/> Psikolojik danışma
<input type="checkbox"/> Ulaşım (kampüse ve kampüs içi erişim)	<input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz)

Tarih _____

Ad-Soyad / İmza _____

*** Bazı destek hizmetlerinden yararlanabilmeniz için tanınıza ilişkin resmi evraklarınızı (örneğin; görme kaybı için görme keskinliği test sonuçları, kronik hastalık için hastalığınızı belirten doktor raporu, işitme kaybı için işitme testi sonuçları vb.) sunmanız gerekebilir.

Özel Gereksinimli Öğrenci Destek Birimi:

Üniversite Merkezi Binası, Oda No: 1037
Telefon: 0216 483 9481 Dahili: 9481 E-Posta: specialneeds@sabanciuniv.edu