**T.C.**

**GEBZE TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**

**Engelsiz GTÜ Birimi**

**Personel Başvuru Formu**

**Sayın GTÜ Personeli**

Gebze Teknik Üniversitesi Engelsiz GTÜ birimine gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz. Aşağıda sizden istenen bilgiler engelli bireylerin üniversitemiz kampüs alanında yaşadığı zorluklara ve kişisel sorunlara yönelik çözüm bulmak amacıyla istenmektedir. Vereceğiniz bilgiler bu amaç dışında başka bir amaçla ve yazılı izniniz olmadan kesinlikle kullanılmayacaktır.

1. **Genel Bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı:** |  |
| **Cinsiyeti:** |  |
| **Doğum Tarihi:** |  |
| **T.C. Kimlik No:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Tel:** |  |
| **e-mail:** |  |

1. **Çalıştığı Birim ve Eğitim Durumu İle İlgili Bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| **Akademik/İdari Birim:** |  |
| **Pozisyon/Unvan:** |  |
| **Sicil No:** |  |
| **GTÜ’ de Çalışma Süresi:** |  |
| **Toplam Çalışma Süresi:** |  |
| **Öğrenim Durumu:** |  |

1. **Sağlık Durumu İle İlgili Bilgiler**

**Kan Grubu:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Boy:** \_ \_ \_ \_ \_ \_  **Kilo:** \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Önemli Fiziksel Rahatsızlıklar ve Ameliyatlar:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Önemli Psikolojik Rahatsızlıklar:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Takibi Gerekli Sürekli Bir Rahatsızlığınız Var mı?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Sürekli Kullandığınız İlaçlar Var mı?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Herhangi Bir İlaca veya Maddeye Karşı Alerjiniz Var mı?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Ailenizde Kronik, Bulaşıcı ve Süreğen Olabilecek Rahatsızlığı Olan Var mı?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Engel Durumu İle İlgili Bilgiler**
2. **Engeliniz Nedir?**

|  |  |
| --- | --- |
| Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu |  |
| İşitme Kaybı |  |
| Görme Kaybı |  |
| Görme-İşitme Kaybı |  |
| Ortopedik(Fiziksel) Engel |  |
| Dil ve Konuşma Bozukluğu |  |
| Duygusal Davranışsal Bozukluk |  |
| Öğrenme Güçlüğü |  |
| Otizm/Asperger Sendromu |  |
| Kronik Hastalık/Sağlık Sorunu |  |
| Psikolojik Problemler |  |
| Diğer(Bu seçeneği işaretlediyseniz yazdığınız tanının tıp dilinde geçerli bir tanı olması gerekmektedir.)\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | |

1. **Engellilik Oranınız Nedir?**

**%** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Engellilik Durumunuz Nedir?**

**Geçici Kalıcı**

1. **Engel Durumunuzun Sebebi Nedir?**

**Doğuştan Açıklamalar:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Sonradan Açıklamalar:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Ailenizde Engelli Birey Var mı?**

**Var Açıklamalar:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Yok**

1. **Hangi Alanlarda Güçlük Çekiyorsunuz?**

|  |  |
| --- | --- |
| Düşünme/Konsantrasyon |  |
| İşitme |  |
| Görme |  |
| Okuma |  |
| Yazma |  |
| Konuşma |  |
| Konuşulan Dili Anlama |  |
| Yürüme |  |
| Merdiven Kullanma |  |
| Elleri Kullanma |  |
| Kişisel Bakım |  |
| Diğer \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | |

1. **Eğer Öğrenme Güçlüğü, Dikkat Eksikliği, Dil-Konuşma Sorunu, Otizm, Sağlıkla/Hareketle ilgili bir durum varsa:**

**Tanı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Tanı Tarihi:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Bu Sorun İçin Ne Tür Destekler Aldınız:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Bu Sorun İçin Destek Almak İster Misiniz?**

**Evet Hayır**

1. **Eğer İşitme Güçlüğünüz varsa:**

**Sağlık Kurulu Raporunuz var mı? Evet Hayır**

**İşitme Cihazınız var mı? Evet Hayır**

**Eğer varsa Başka Kullandığınız Yardımcı Araçlar?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**İletişim İçin Kullandığınız Yol?(Kullandığınız tüm yolları işaretleyiniz)**

**Sözel İletişim Dudak Okuma İşaret Dili Diğer**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Aldığınız Eğitimler:**  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Eğitim Yeri:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Zamanı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Süresi:**  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Görme Güçlüğünüz varsa:**

**Sağlık Kurulu Raporunuz var mı? Evet Hayır**

**Derecesi: Total Işık Algısı Şekil Algısı**

**Yardımcı Araçlar:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Aldığınız Eğitimler:**  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Eğitim Yeri:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Zamanı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Süresi:**  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Hareketle İlgili Güçlüğünüz varsa:**

**Sağlık Kurulu Raporunuz var mı? Evet Hayır**

**Hareket için kullandığınız yardımcı araçlar?**

**Protez Ortez Koltuk Değneği Tekerlekli Sandalye Diğer**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Aldığınız Eğitimler:**  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Eğitim Yeri:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Zamanı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Süresi:**  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Psikolojik Rahatsızlığınız varsa:**

**Tanı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Tanı Tarihi:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Bu Sorun İçin Ne Tür Destekler Aldınız:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Bu Sorun İçin Destek Almak İster Misiniz?**

**Evet Hayır**

1. **Engeliniz İle İlgili Destek Aldığınız Bir Uzman(Özel Eğitimci, Psikolog, Psikiyatrist) Var mı?**

**Varsa Adı Soyadı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Branşı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**İletişim:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Üniversitede Akademik Ve Sosyal Yaşamınızın Kolaylaştırılması İçin Düzenleme Yapılması Gereksinimi Duyduğunuz Alanları İşaretleyiniz.**

|  |  |
| --- | --- |
| Binalara Erişim |  |
| Yardımcı Materyaller (Braille, ses kaydı gibi alternatif formatta materyal) |  |
| Sağlık Hizmetleri |  |
| Psikolojik Destek |  |
| İletişim Desteği |  |
| Açık Alan Düzenlemeleri(Otopark, kaldırım, yaya geçidi vb.) |  |
| Diğer ( Belirtiniz) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | |

**Personelin Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**Tarih:**