**T.C.**

**GEBZE TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**

**Engelsiz GTÜ Birimi**

**Öğrenci Başvuru Formu**

**Sevgili Öğrenci,**

Gebze Teknik Üniversitesi Engelsiz GTÜ Birimine gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz. Aşağıda istenen bilgileri eksiksiz tamamlamanız öğrenciliğiniz süresince gereken destek hizmetlerin sağlanması amacıyla kullanılacağından önemlidir. 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:** |  |
|  **Aile Tel:** |  |
|  **e-mail:**  |  |

1. **Öğrenim Hayatı İle İlgili Bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Fakülte/Enstitü:** |  |
|  **Bölüm:** |  |
|  **Sınıf:** |  |
|  **Danışmanınız:** |  |
|  **Danışman Tel:** |  |

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?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Sağlık Güvenceniz Var mı?**

**Özel Sigorta Devlet Sigortası Yok**

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 için düzenleme yapılması gereksinimi duyduğunuz alanları işaretleyiniz.**

|  |  |
| --- | --- |
| Binalara/Sınıfa erişim |  |
| Ders materyalleri (Braille, ses kaydı gibi alternatif formatta materyal) |  |
| Ders takibi (Derste not tutacak yardımcı, ses kayıt cihazı, bilgisayar vb.) |  |
| Sınavlar (Sınav materyalinin alternatif formatta sunulması, sınav süresi, bilgisayar vb.) |  |
| İletişim |  |
| Sağlık Hizmetleri |  |
| Psikolojik Destek |  |
| Maddi Destek  |  |
| Diğer ( Belirtiniz) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |

1. **Üniversitede Görev ve Sorumluluk Almak İstediğiniz Alanları İşaretleyiniz**
2. **Engelli Öğrenci Birimi Temsilciliği Evet Hayır**

(Engelli öğrencileri temsilen birimde görev almak isterim)

1. **Bahar Şenliği Organizasyonları Evet Hayır**
2. **Üniversite Tanıtım Organizasyonları Evet Hayır**
3. **Mezuniyet Töreni Evet Hayır**
4. **Sosyal Sorumluluk Projeleri Evet Hayır**
5. **Spor Faaliyetleri Evet Hayır**
6. **Kısmi Zamanlı Çalışma Evet Hayır**

**Önemli Not:** Üniversitemizde bazı destek hizmetlerinden yararlanabilmeniz için tanınıza ilişkin resmi evraklarınızı sunmanız gerekebilir. **Örneğin;** görme kaybı için görme keskinliği test sonuçları, kronik hastalık için hastalığınızı belirten doktor raporu, işitme kaybı için işitme testi sonuçları ve duygusal davranışsal bozukluk için DSM-V tanı ölçütleri raporu vb.

 **Öğrencinin Adı Soyadı:**

 **İmzası:**

 **Tarih:**