## BAŞVURU FORMU

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| Bu form Üniversitemiz eğitim görmeye hak kazanan engelli öğrencilerimize gerekli danışma ve destek hizmetlerini sağlayabilmek amacıyla geliştirilmiştir. **Verdiğiniz bilgiler siz istemediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır.**  |
|   |   |
| Adınız-Soyadınız |  |
| Numaranız |  |
| Doğum Tarihiniz  |  |
| Fakülteniz |  |
| Bölümünüz/Sınıfınız |  |
| Danışmanınız |  |
| Cep Telefonu No.  |  |
| E-Posta Adresiniz  |  |
| Adresiniz |  |
|  |   |
| Engeliniz Nedir?  | Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu  |
|   | İşitme kaybı |
|   | Görme kaybı |
|   | Görme-işitme kaybı |
|   | Ortopedik (fiziksel) engel |
|   | Dil ve konuşma bozukluğu |
|   | Duygusal davranışsal bozukluk |
|   | Öğrenme güçlüğü |
|   | Otizm / Asperger sendromu |
|   | Kronik hastalık / sağlık sorunu |
|   | Psikolojik problemler |
|   | Diğer  |
|   | \*“Diğer” seçeneğini işaretlediyseniz yazdığınız tanının tıp dilinde geçerli bir tanı olması gerekmektedir. |
| Engel Durumunuz?  | Geçici Kalıcı |
| Hangi alanlarda güçlük çekiyorsunuz?  |  |
| **Engelinizin Üniversitemiz eğitim yaşantınızı olumsuz etkilememesi için hangi hizmetlere gereksinim duymaktasınız?** |  |
|   |  |
| Üniversitemiz 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 IV tanı ölçütleri** raporu vb. |