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 Yetersizlikler  Diğer 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](mailto:engelsizkavram@kavram.edu.tr)