한국어능력시험 장애인 등 편의지원 신청서

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 시험 회차 |  | 시험장 |  |
| 시험 유형※ 해당 시험 유형에 ✔ 표시 | TOPIK Ⅰ ( ) | 수험번호 |  |
| TOPIK Ⅱ ( ) |  |
| 성 명 | 한글 |  |
| 영어 |  |
| 생년월일 |  | 장애유형 및 장애정도 |  |
| 연락처 | 지원자 |  (휴대전화번호) |
| 보호자 |  (휴대전화번호) |
| 신청 사유 | □ 시각장애인 □ 지체장애인 □ 뇌병변장애인 □ 청각장애인 □ 기타 |
| 신청 항목※ 복수선택 가능 | □ 시험 시간 연장 □ 수어통역사 □ 확대문제지(122% 내외)□ 별도시험실 배정 □ 보조공학기기 지참(종류: ) □ 기타사항(아래에 항목과 필요성 필수 기재)※ 본인 장애유형에 따른 편의지원 내용에 한정하여 신청 가능한 사항으로 선택 전 지침 확인 요망 |
|  **본인의 장애정도, 지원받고자 하는 편의제공 항목(대독, 대필 등)과 필요성 필수 기재****서면(워드 또는 자필 – 한글 번역하여 송부 요망)으로 신청하지 않은 항목에 대해,****시험일 편의 지원 불가** |
| 위와 같이 시험 편의제공을 신청합니다.년 월 일 작성자: (서명) 응시자와의 관계:  |
| - 주 의 사 항 -※ **제출방법 및 기한: 방문 또는 이메일, 우편으로 접수기간 내 제출(우편은 도착 기준)**※ 의사진단서 원본(영문본), 장애인증명서 원본 중 1부 반드시 첨부 ※ 편의 지원 제공 결정 사항은 신청 내용과 다를 수 있습니다.※ 방문 및 서류 제출 주소 : ※ 신청자는 장애인 본인, 법정대리인, 「장애인복지법 시행령」제20조(보호자의 범위)의 보호자에 한함 |

[붙임 2]

Test Accommodation Request for Applicants with Disability

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Test Held |  | Test Venue |  |
| TestLevel | □ TOPIK I | Registration Number |  |
| □ TOPIK II |  |
| Name | Korean |  |
| English |  |
| Date of Birth |  | Level of Disability |  |
| Contact Detail  | Applicant | Cell Phone :  |
| Guardian | Cell Phone :  |
| Reason for Request | □ Visual Disability □ Physical Disability □ Brain Disorder □ Hearing Impairment □ Others  |
| Accommodation(s) ※ May select more than one | □ Extended Test Time □ Sign Language Interpreter □ Enlarged Print(122%) □ Separate Test Room □ Assistive Technology(Type: )□ Others(Specify type and reason for accommodation below)※ You can only apply for convenience support according to your type of disability, so please check the guidelines before making your selection. |
| **- Disability type and degree, accommodation type(reader, writer, etc) and reason for request****(Can be typed or written / Must submit a copy of Korean version)** **- Please note that no accommodation will be provided on the test day unless requested in advance** |
| I hereby request for TOPIK test accommodation(s).  Year Month Day  Name : (Signature) Relation to the applicant :  |
| - Notice -※ **Submission method and deadline: In-person, e-mail, registered mail(based on the arrival date) by the end of the registration**※ Must attach an original copy of doctor’s diagnosis letter and/ or a copy of disability certificate. ※ Accommodation type will be decided by TOPIK center which may differ from the request.※ In-person submission and mailing address: ※ Only the applicant him/herself, the legal representative, the guardian eligible under 「Enforcement Decree of the Act on Welfare of the Persons with Disabilities」 Article 20. (Scope of Guardians) may request accommodation(s). |