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 |  | |
| Test  Level | | □ 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). | | | | | |