

### טופס בקשה להתאמות אישיות לסטודנטים עם מוגבלות

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998 מאפשר לאנשים עם מוגבלות ("אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים") להגיש בקשה לקבלת התאמת נגישות.

בכדי לממש את זכויותיך עליך למלא את טופס הבקשה המצורף בזאת, והכולל שלושה חלקים: טופס בקשה, חוות דעת רופא מומחה המעיד על המוגבלות ועל הצורך בהתאמות, הצהרת סטודנט וכתב ויתור על סודיות.

יש להגיש את הטופס עד 60 ימים לפני פתיחת הסמסטר. המועד הנקוב נקבע בשים לב לפרק הזמן הדרוש לסטודנט למיצוי זכויותיו ועל מנת לאפשר למכללה להיערך זמן מראש על מנת לספק את ההתאמות הנדרשות. בקשות שיגיעו לאחר המועד האמור יידונו עבור הסמסטר העוקב.

לאחר הגשת הטופס חובה לתאם פגישה / ראיון מקדים עם **רכזת הנגישות**, גב' סיגל מגן, במייל: [Negishut@smkb.ac.il](mailto:Negishut@smkb.ac.il) או טלפונית במס': **03-6902310**

ההחלטה בבקשה להתאמות תינתן בתוך 30 ימים מיום הגשתה. סטודנט רשאי להגיש ערר על ההחלטה בבקשה בתוך 15 יום מקבלת החלטת ועדת ההתאמות. את הערר יש להגיש בכתב. החלטת ועדת הערר תהיה מנומקת בכתב ותינתן לא יאוחר מ 30 יום ממועד הגשת בקשת הערר. החלטת ועדת הערר תהיה סופית.

**לא תינתן התאמה אשר תפגע בהכשרה, ברמה הלימודית האקדמית, או במהות הקורס של המוסד.**



**טופס בקשה**

שם המועמד/ סטודנט/ית: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_  
טלפון נייד: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_  
חוג: \_\_\_\_\_ תאריך הגשת הבקשה: \_\_\_\_\_

**פרט בקצרה את סוג הלקות ו/או הבעיה הרפואית ואיך היא משפיעה על חיי היום היום שלך**

**האם קיבלת התאמות בתיכון, פרט/י**

**האם הנך מקבל/ת טיפול תרופתי, פרט/י**

**האם הלקות ו/או הבעיה הרפואית הוכרה ע"י משרד הביטחון/ ביטוח לאומי**

**אם נקבעו אחוזי נכות, 'סעיף לקוי' פרט/י**

**סוג ההתאמה המבוקשת לצורך לימודיך:**

**חובה לצרף:**

**סטודנט עם לקות למידה** – יש לצרף אבחון קשב (אבחון שנעשה מעל גיל 17 תקף ל- 7 שנים מתאריך הבדיקה). האבחון יכול המלצות מוגדרות להתאמות. במידה ואין בידך אבחון פנה להתייעצות במרכז מהו"ת. ענת רייכנברג מזכירת מהו"ת-03 mahut\_skb@smkb.ac.il 6901290

**סטודנט עם הפרעת קשב וריכוז** – יש לצרף אבחון קשב מעודכן והמלצה של נוירולוג או פסיכיאטר.

**סטודנט עם לקות רפואית** - יש לצרף אישור רפואי מרופא מומחה המפרט את הלקות הרפואית בציון ההשלכות התפקודיות על מהלך לימודיו של הסטודנט, לרבות המלצות מוגדרות להתאמות. לא יתקבלו מסמכים של רופא משפחה. במחלות זמניות יש להציג מחדש כל שנה חו"ד מרופא מומחה.

**אחר** – סטודנטים עולים חדשים עד 5 שנים מתאריך העלייה לארץ – יש לצרף אישור ממשד הקליטה.

- **לשם טיפול בבקשתך יתכן ותידרש להמציא מסמכים ו/או אישורים ו/או חוות דעת נוספות בהתאם לנסיבות העניין ומהות הבקשה.**

### טופס לאישור רופא מומחה

חלק זה ימולא על ידי רופא מומחה לבעיה הרפואית של מגיש/ה הבקשה.  
במקום טופס זה ניתן להציג מסמך רפואי, ולבקש התייחסות לפרטים המופיעים בטופס זה.  
לא יתקבלו אישורים מרופא משפחה.

**האם הסטודנט נמצא כרגע תחת טיפולך: כן/לא**

**מועד ראשוני בו פנה לטיפול:**

**סיבה לפניה הרפואית:**

**אנמנזה:**

**האם הבעיה זמנית או קבועה:**

**אבחנה:**

**חומרת הבעיה:**

**המלצות לטיפול רפואי והאם הוא זמני או קבוע:**

**מהן ההשלכות של אבחנה זו לתהליכי למידה ותפקודו של הסטודנט כתלמיד:**

**בהתאם לקשיים שהצגת מהי המלצתך להתאמות בתקופת הלימודים:**

**ההתאמות המקובלות במכללה הן:**

הארכת זמן, השמעת בחינה באמצעות מחשב, התעלמות משגיאות כתיב, יציאה  
להתאווררות/שירותים, היבחנות על גבי מחשב, טופס בחינה מוגדל, חדר מיעוט  
משתתפים, התאמת תנאי הושבה, חניה נגישה.

שם הרופא: \_\_\_\_\_  
מס' רישיון: \_\_\_\_\_  
תחום התמחות: \_\_\_\_\_  
תאריך וחתימה: \_\_\_\_\_

### הצהרת הסטודנט מגיש הבקשה

אני מתחייב/ת כי כל הפרטים שמילאתי נכונים. ידוע לי שההתאמות ניתנות לסטודנטים על סמך חוק זכויות לאנשים עם מוגבלות ובקשתי אינה נובעת מניסיון להשיג יתרון בלתי הוגן. כמו כן הנני מתחייב למסור שם של בן/בת משפחה ו/או גורם מקצועי מוסמך לצורך יצירת קשר במקרה חירום, והוא: שם: \_\_\_\_\_ מספר טלפון: \_\_\_\_\_.

פרטי מוסר המידע/המועמד/הסטודנט:

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### כתב ויתור על סודיות

אני מאשר בזאת את העברת הפרטים הנוגעים למצב בריאותי לרכזת הנגישות בצוות הדיקנט, לחברי סגל מנהלי ואקדמי, ולאנשי מקצוע במכללת סמינר הקיבוצים, וזאת לשם דיון בבקשתי להתאמה ולשם סיוע ותמיכה בתקופת לימודי במכללה. אני מביע בזאת את הסכמתי למסירת מלוא המידע, ומוותר בזאת על שמירת סודיות רפואיות, ולא תהא לי כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר למסירת המידע האמור והעברתו לגורמי המקצוע במכללה.

פרטי מוסר המידע/המועמד/הסטודנט:

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_