

## דף מידע לסטודנטים המעוניינים להגיש בקשה לקבלת התאמות על רקע מגבלה פיזית, נפשית או שכלית

### לנגישות שירותי השכלה גבוהה

#### מעודכן ליוני 2017

- בטכניון אחראית לקביעת התאמות ללימודים, הגב' סיגל בלום. ניתן לקבוע פגישה דרך מזכירות היחידה לקידום סטודנטים במספר – 077-8874112
- ניתן לקבל סיוע במילוי הטופס במרכז התמיכה של הטכניון.
- הנוהל מנוסח בלשון זכר אך הכוונה היא לנשים וגברים.

לסטודנטים שלום רב,

דף מידע זה מיועד לסטודנטים עם מוגבלות, המבקשים לקבל התאמות על רקע מגבלתם. להלן ההגדרה על פי סעיף 5 החוק:

**אדם עם מוגבלות:** אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים.

#### הליך הפניה

1. סטודנט המבקש לקבל התאמת נגישות אישית מתבקש למלא טופס בקשה (מצ"ב). הכולל חוות דעת עדכנית מהחודשיים האחרונים, של רופא מומחה בתחום. במידה והעילה לפניה היא מגבלה קבועה ניתן להעביר חוות דעת קודמת המציינת זאת. **לא יתקבלו מסמכים של רופא משפחה.**
  2. לאחר מילוי טופס הבקשה יש לתאם ראיון מקדים ופגישת ייעוץ עם גב' סיגל בלום, האחראית לקביעת התאמות. יש להביא לפגישה את כל הטפסים הרלוונטיים.  
**את הטפסים יש להגיש לאחראית לקביעת התאמות עד סוף חודש נובמבר לצורך מבחני סמסטר חורף ועד סוף חודש אפריל לצורך מבחני סמסטר אביב. טיפול בבקשה מותנה בהגשת הטפסים במועד שנקבע.** המועדים הנקובים בסעיף זה נקבעו בשים לב לפרק הזמן הדרוש לסטודנט על מנת למצות את זכויותיו, ועל מנת לאפשר לטכניון להיערך מספיק זמן מראש על מנת לספק את ההתאמות הנדרשות. הטכניון אינו יכול להתחייב כי בקשות שיתקבלו לאחר המועדים האמורים ידונו עבור הסמסטר המבוקש, וייתכן כי הן ידונו עבור הסמסטר העוקב.
  3. ההחלטה לקביעת התאמות תינתן בתוך 30 ימים מיום הגשת הבקשה על-ידי האחראית לקביעת התאמות. התאמה בלימודים יכולה להיות קבועה לתואר או קצובה בזמן או מיועדת לקורס.
  4. התאמה תינתן כך שלא תיפגע מהות שירותי השכלה הגבוהה שנותן הטכניון.
  5. סטודנט רשאי לבקש אישור כניסה למרכז הנגישות הממוקם בקומה 3 בבניין אולמן ומשמש כתובת לטיפול בבעיות נגישות, לרבות נגישות פיזית. הסיוע במרכז הנגישות ניתן על ידי בעלי מקצוע בתחום להם ידע וניסיון מתאימים.
- להלן חלק משירותי מרכז התמיכה:

(א) סיוע בהגשת בקשה לקבלת התאמות ובמילוי הטפסים הנדרשים.

(ב) סיוע במימוש ההתאמות שאושרו בהתאם לנוהל.

(ג) מתן אמצעי עזר ושירותי עזר הנדרשים לסטודנט לשם למידה.

(ד) ייעוץ ותמיכה לימודית.

6. הגשת ערר על קביעת ההתאמות בפני ועדת ערר:

(א) סטודנט שלא נמצא זכאי להתאמות רשאי להגיש בקשת ערעור בתוך 15 ימים מיום שנודע לו על

ההחלטה. את הבקשה יש להגיש בכתב ליועצת הנגישות.

(ב) סטודנט המעוניין להופיע לפני ועדת הערר יגיש בקשה בכתב ויופיע לפניו במועד ובמקום שתקבע

הועדה. סטודנט רשאי לבוא לדין בערר עם אדם מטעמו.

(ג) החלטת ועדת הערר תהיה מנומקת בכתב ותינתן לתלמיד לא יאוחר מ-30 ימים מיום הגשת

בקשת הערר.

(ד) החלטת ועדת הערר תהיה סופית.

## טופס בקשה להתאמות עקב מגבלה רפואית

יש למלא את הטופס במלואו ולהגישו לרכזת ההתאמות לאחר תיאום פגישה אישית. הנך זכאי לסיוע במילוי הטופס במרכז התמיכה.

הבקשה תדון ותשובה תינתן בכתב תוך שבועיים מיום הגשת הבקשה.

טפסים שלא ימולאו במלואם או יוגשו ללא חתימה על ההצהרה בדבר אמיתות הפרטים לא יובאו לדיון.

המבקש יחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ויצרפו לבקשה.

### **פרטים אישיים**

שם פרטי ושם משפחה:

פקולטה:

תעודת זהות:

מספר טלפון:

כתובת מייל:

תאריך הגשת הבקשה:

### **סיבת הפניה לקבלת התאמות בבחינות**

תיאור קצר של הסיבה לבקשתך להתאמות בבחינות. יש לציין מה הבעיה וכיצד היא משליכה על תפקודך בבחינות בהווה ובעבר.

---

---

---

### **היסטוריה של הבעיה**

מתי התחילה הבעיה?

---

---

מה גרם להופעת הבעיה?

---

---

נא לסמן במקום המתאים בטבלה:

לא	כן	
		האם בגין הבעיה, ניתנו לך התאמות בבית הספר?
		במידה ושרתת בצה"ל, האם הבעיה השליכה על הפרופיל הצבאי שלך?
		האם בגין הבעיה, ניתנו לך הקלות בזמן השירות הצבאי?
		האם קיבלת התאמות בבחינה הפסיכומטרית?
		האם הבעיה פוגעת בתפקודים נוספים בחיי היום יום שלך?
		האם הבעיה הוכרה ע"י הביטוח הלאומי?
		האם הבעיה הוכרה ע"י משרד הביטחון?

**אם הבעיה הוכרה ע"י הביטוח הלאומי, נא לציין:**

אחוזי נכות:

סעיף לקוי:

נכות זמנית/קבועה

**הצהרת הסטודנט/ית מגיש/ת הבקשה**

אני מתחייב/ת כי כל הפרטים שמילאתי נכונים. ידוע לי שהתאמות בבחינות ניתנות לסטודנטים על סמך חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות ובקשתי אינה נובעת מניסיון להשיג יתרון בלתי הוגן.

\_\_\_\_\_ תאריך:

\_\_\_\_\_ חתימה:

## טופס למילוי על ידי הרופא

חלק זה ימלא על ידי רופא המומחה לבעיה הרפואית של מגיש/ת הבקשה. במקום טופס זה ניתן להציג מסמך רפואי מאת רופא מומחה המתייחס לכל הפרטים המופיעים בטופס זה. לא יתקבלו אישורים מרופא משפחה.

### פרטי הסטודנט/ית

שם פרטי ושם משפחה:

תעודת זהות:

- סיבה לפניה לבדיקה רפואית
- אנמנזה
- ממצאים חריגים בבדיקה קלינית
- המלצות להמשך טיפול רפואי
- אבחנה
- האם הבעיה זמנית או קבועה?
- חומרת הבעיה
- האם נדרשות התאמות בבחינות? כן / לא
- אם כן, פירוט ההמלצות להתאמות הנדרשות במהלך הלימודים בטכניון

שם הרופא

תחום התמחות

מספר רישיון

תאריך

חתימה

**כתב ויתור על סודיות רפואית**

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של בית חולים ו/או לכל קופת חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל שלוחותיו או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות, ואדם אחר כלשהו למסור למבקש את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל באופן שידרוש המבקש על מצבי הבריאותי ו/או מצבי הסעודי ו/או השיקומי ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר.

הנני משחרר/ת את המבקש וכל מי שיוסמך על ידו וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדכם ו/או מוסד רפואי ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ומוותר על סודיותי הרפואית כלפי הנ"ל ומתיד/ה לכל אדם כאמור לתת כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי.

לא תהיה לי כלפי המבקש או כלפי המצוינים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הנני מיפה את כוחו של המבקש ו/או כל רופא מטעמכם להגיש בקשת עיון במידע אודותי המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

כתב ויתור זה מחייב אותי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום

שם \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**פרטי המוותר**

כתובת: \_\_\_\_\_

מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_

כתובת הרופא המטפל: \_\_\_\_\_

שם הרופא המומחה שנתן חוות דעת: \_\_\_\_\_

כתובת הרופא המומחה שנתן חוות דעת: \_\_\_\_\_

שם העד/ה לחתימה (מזכירות לימודי הסמכה): \_\_\_\_\_ עדנה אדלר

חתימת העד/ה \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_