**한국어능력시험 장애인 등 편의지원 신청서**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **시험 회차** | |  | **시험장** |  |
| **Test**  **Level** | | 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%) □ 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 | | |
| 위와 같이 시험 편의제공을 신청합니다.  년 월 일  작성자: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(서명)    응시자와의 관계 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| - 주의사항 -  ※ **제출방법 및 기한 : 방문 또는 이메일, 우편으로 접수기간 내 제출(우편은 도착 기준)**  ※ 의사 진단서 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 | | | | |

**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. | | |
| 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). | | | | |