**한국어능력시험 장애인 편의지원 제공 신청서**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 시험 회차 | 84 | 시험장 | 로스토프나도누 |
| 시험 유형※ 해당 시험 유형에 √ 표시 | TOPIK Ⅰ ( ) | 접수번호  |  |
| TOPIK Ⅱ ( ) |  |
| 성 명 | 한글 |  |
| 영어 |  |
| 생년월일 |  | 장애 등급 |  |
| 연락처 | 수험자 |  휴대전화 ( ) - |
| 보호자 |  휴대전화 ( ) - |
| 신청 사유 | □ 시각장애인 □ 지체장애인 □ 뇌병변장애인 □ 청각장애인 □ 기타  |
| 신청 항목**※ 복수선택 가능** | □ 시험시간연장 □ 수화통역사□ 확대문제지(118%, 15point) □ 별도시험실 배정 □ 기타사항(아래 칸에 기재) |
|  본인의 장애유형 및 정도, 지원받고자 하는 편의제공 항목과 필요성 기재(워드 또는 자필) |
| 위와 같이 시험 편의제공을 신청합니다.년 월 일 작성자: (서명) 수험자와의 관계:  |
| - 주 의 사 항 -※ 신청서 제출 방법: 의사진단서(소견서) 원본 1부 및 장애인증명서 등의 사본 1부를 첨부하여, 본 신청서와 함께 등기우편으로 발송 또는 방문 제출(우편은 원서접수 마감일 이내 우체국 소인이 찍힌 것에 한하여 편의 제공) ※ 방문 및 서류 제출 주소 :  |

**Application form of Special Services for disabled applicants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Test Date  | 84 | Test Venue | ROSTOV-ON-DON |
| TestLevel | □ TOPIK I | Registration Number |  |
| □ TOPIK II |  |
| Name | Korean |  |
| English |  |
| Date of Birth |  | Level of Disability |  |
| Contact detail of applicant | Cell Phone Number :  |
| Contact detail of guardian | Cell Phone Number :  |
| Reason of application | □ Visual difficulties □ Physically challenged □ Brain Disorder □ Hearing difficulties □ Others  |
| Service items※ You can pick more than one | □ Extension of test time □ Sign language interpreter □ Enlarged test paper (118%, 15point)□ Request for a separate test room □ Others(Please write in detail below) |
|  **Indicate the level of disability and the services needed and reasons** **(Write by hand or type)** |
| I thereby request for special services in TOPIK.  Year Month Date  Name : (Signature) Relation to the applicant :  |
| - Notice -※ How to submit the form : Attach a certification of disability(copied form) and doctor’s written diagnosis (original form) with the form above and send by post or submit in person (post office stamps are only valid until the end of the registration date)  |