**한국어능력시험 장애인 등 편의지원 신청서**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 시험 회차 | |  | 시험장 |  |
| 시험 유형  ※ 해당 시험 유형에 √ 표시 | | □ TOPIK Ⅰ | 접수번호  (수험번호) |  |
| □ TOPIK Ⅱ |  |
| 성 명 | 한글 |  | | |
| 영어 |  | | |
| 생년월일 | |  | 장애유형 및 장애정도 |  |
| 연락처 | 응시자 | (휴대전화번호) | | |
| 보호자 | (휴대전화번호) | | |
| 신청 사유 | | □ 시각장애인 □ 지체장애인 □ 뇌병변장애인  □ 청각장애인 □ 기타 | | |
| 신청 항목  **※ 복수선택 가능** | | □ 시험시간연장 □ 수화통역사  □ 확대문제지(122% 내외) □ 보조 공학기기 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  ※ 편의지원 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 | | | | |