

טופס בקשה להתאמות בלימודים ובבחינות מסיבות רפואיות ומוגבלויות פיזיות או חושיות

סטודנטיות וסטודנטים יקרים,

טופס הבקשה המצ"ב מיועד לסטודנטים ולסטודנטיות הזקוקים להתאמות מסיבות רפואיות, מוגבלויות פיזיות או חושיות.

לתשומת לבכם, הטיפול בבקשת ההתאמות לוקח זמן ועל כן, מומלץ להגיש את הטפסים מוקדם ככל האפשר.

לצורך קבלת התאמות הנכם/מתבקשים/ות:

1. לצרף לטופס הבקשה אישור עדכני מרופא מומחה, עד חצי שנה לפני מועד הגשת הבקשה, הכולל את הפרטים הבאים:

- מהות הבעיה הרפואית, תיאורה, דרגת החומרה שלה והשלכותיה התפקודיות.
- מכתב עדכני (מחצי השנה האחרונה) מרופא מומחה עם הסבר על המצב הרפואי והקשר שלו לבקשת ההתאמות
- **לקות שמיעה:** יש לצרף אודיוגרמה וחוות דעת רפואית של רופא אף אוזן וגרון.
- **לקות ראייה:** יש לצרף תעודת עיוור, אם יש. במקרה של ראייה ירודה ללא תעודת עיוור יש לצרף חוות דעת של רופא עיניים המתמחה למרות המגבלה, חומרתה והשלכותיה על התפקוד.
- במידה ויש אישור לאחוזי נכות מהביטוח הלאומי או ממשרד הביטחון וכן זכאות לסל שיקום, יש לצרף אותם לבקשה.

שימו לב, לא תתקבל חוות דעת של רופא משפחה!

2. את הטופס יש לשלוח **כקובץ PDF מאוחד**, הכולל גם את המסמכים הרפואיים, כולם לאורך, כאשר טופס בקשת ההתאמות הינו הראשון בקובץ.

3. את המסמכים יש לשלוח אל רכזת הנגישות, דרך [מערכת הפניות](#)

קטגוריה: בקשה להתאמות / הקלות / תוספת זמן בבחינות

נושא: בחינה-בקשה להתאמה / תוספת זמן בבחינות בשל רקע רפואי / מחלה / מגבלה פיזית / חושית

החלטות על התאמות:

בקשה שתאושר, בין השאר, על סמך חוות דעתו של רופא האוניברסיטה, תועבר אל הסטודנט ואל היחידה (או היחידות) בהן הוא לומד. ניתן לראות את ההחלטה גם במידע האישי לתלמיד. כאשר הבקשה אינה מאושרת תשלח הודעה לסטודנט.

חוות הדעת של רופא מומחה מטעם הסטודנט היא בגדר המלצה ואינה מחייבת את רופא האוניברסיטה.

זכות ערעור:

ניתן לערער על ההחלטה בפני ועדת ערר שמתכנסת אחת לחודש במהלך תקופת הלימודים.

לצורך הערעור יש למלא את [טופס הערעור](#) הנמצא באתר הנגישות:

ולשלוח אותו דרך [מערכת הפניות](#)

קטגוריה: ערעור על התאמות / הקלות / תוספת זמן בבחינות

נושא: בחינה-ערעור על התאמה / תוספת זמן בשל רקע רפואי / מחלה / מגבלה פיזית / חושית

טופס בקשת התאמות

פרטים אישיים

שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת.ז.: _____ גיל: _____
כתובת: _____ דואר אלקטרוני: _____
טלפון: _____

חוגי לימוד

נא הקף: תואר ראשון / שני
פקולטה: _____ חוג לימוד: _____ שנה _____
פקולטה: _____ חוג לימוד: _____ שנה _____

סוג המגבלה (סמן): ☐ ראייה ☐ שמיעה ☐ אחר

פרטי הבעיה הרפואית או המוגבלות

אנא תאר/י את הבעיה הרפואית עמה את/ה מתמודד/ת:

נא ציין/י את מועד אבחון הבעיה הרפואית/תחילת המגבלה: _____

האם אתה מקבל/ת טיפול קבוע עקב הבעיה (תרופתי, פיזיותרפיה, מרפאת כאב וכו') ? כן / לא

במידה וכן, נא פרט/י את הטיפול:

על מנת להבין את צרכי הנגישות, האם הנך נעזר/ת בציווד רפואי כלשהו (קביים, כיסא גלגלים, טמ"ס ועוד) ?
במידה וכן פרט/י _____

האם את/ה מוכר/ת על ידי ביטוח לאומי או משרד הביטחון ? כן / לא

אם כן, מהם אחוזי הנכות שנקבעו ? _____

במידה וכן, צרף/י את האישורים כקובץ PDF מאוחד יחד עם טופס זה.

האם אחוזי הנכות הם זמניים ? כן / לא אם כן, עד מתי? _____

האם יש לך סל שיקום: כן / לא

במידה וכן, מה שם עובד/ת השיקום _____ כתובת מייל _____

טלפון _____ משרד הבטחון סניף: _____

התאמות בלימודים

מהן ההשלכות התפקודיות של המגבלה על לימודיך?

האם ניתנו לך התאמות במבחן הפסיכומטרי או במוסד לימודים אקדמי אחר בו למדת? כן / לא

במידה וכן, פרט/י מהן וצרף/י את האישורים כקובץ PDF מאוחד יחד עם טופס זה

אנא פרט/י את ההתאמות שאת/ה מבקש/ת:

האם אושרו לך ע"י גורמים נוספים באוניברסיטה התאמות עקב לקות למידה או התמודדות עם מגבלה נוספת?
כן / לא.

אם כן, פרט/י אילו התאמות אושרו וע"י מי:

המדור לאבחון לקויות למידה: _____

השירות הפסיכולוגי: _____

אחר: _____

האם אושרו לך תוספת זמן או התאמות אחרות על רקע של שפת אם או היותך עולה חדש/ה? כן / לא
אם כן, פרט/י אילו התאמות אושרו וע"י מי:

הערות נוספות: _____

תאריך: _____ חתימת המבקש: _____

ויתור סודיות

אני _____ הח"מ, מספר ת"ז _____
מיפה את כוחה של אוניברסיטת ת"א באמצעות נציג/ת דקאנט הסטודנטים ו/או רופא האוניברסיטה לקבל ו/או למסור
כל מידע רפואי / סוציאלי / פסיכולוגי / אבחוני / לימודי / כלכלי – מכל / לכל גורם שהוא בין היחידות באוניברסיטה
ובין מחוצה לה, לצורך טיפול וסיוע בבעיות שהעליתי בפני נציג/ת הדקנאט ו/או רופא האוניברסיטה וזאת על-פי שיקול
דעתה/ו המקצועי.

תאריך _____

חתימה _____