

## טופס בקשה להתאמות מסיבות רפואיות ומוגבלויות פיזיות או חושיות

סטודנטיות וסטודנטים יקרים,

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

### א. לצורך קבלת התאמות הנכם/ מתבקשים/ות:

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

- מהות הבעיה הרפואית, תיאורה ודרגת החומרה שלה
- השלכותיה התפקודיות
- מכתב 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 המתייחסת למהות 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!

את הטופס יש לשלוח **קובץ PDF מאוחד, כאשר טופס בקשת ההתאמות הינו הראשון בקובץ**, אל רכזת הנגישות: [kanat@tauex.tau.ac.il](mailto:kanat@tauex.tau.ac.il)

### ב. החלטות על התאמות:

הבקשה תועבר לטיפול הפקולטה או לדקנאט הסטודנטים בהתאם לענין, וההחלטה שתתקבל, בין השאר, על סמך חוות דעתו של רופא האוניברסיטה, תועבר בו זמנית את הסטודנט ואל היחידה (או היחידות) בהן הוא לומד. ניתן לראות את ההחלטה גם במידע האישי לתלמיד. חוות הדעת של רופא מומחה מטעם הסטודנט היא בגדר המלצה ואינה מחייבת את רופא האוניברסיטה.

### ג. זכות ערעור:

ניתן לערער על ההחלטה בפני ועדת ערר תוך 15 יום מפרסומה.

לצורך הערעור יש למלא בהתאם להנחיות את הטופס הנמצא באתר הנגישות:

<https://www.tau.ac.il/accessibility/?tab=1> ולשלוח אותו לכתובת [appealscom@tauex.tau.ac.il](mailto:appealscom@tauex.tau.ac.il)

## טופס בקשת התאמות

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

### חוגי לימוד

נא הקף: תואר ראשון / שני

פקולטה: \_\_\_\_\_ חוג לימוד: \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

פקולטה: \_\_\_\_\_ חוג לימוד: \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

סוג המגבלה (סמן):  ראה  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 פרטי את הטיפול:

---

---

---

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

אם כן, מהם אחוזי הנכות שנקבעו? \_\_\_\_\_

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 את האישורים

---

---

---

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 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 דקנאט 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 \_\_\_\_\_