|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **규정 2** |  |

한국어능력시험 장애인 등 편의지원 지침

1. 한국어능력시험에 응시하고자 하는 자가 일시적, 영구적 장애를 가진 경우 편의를 지원할 수 있다.

2. 편의 지원 신청 절차 및 제출 서류

가. 원서접수 마감일로부터 5일 이내(우편 도달 기준)에 국립국제교육원 한국어능력시험센터로 신청서와 증빙서류를 제출하여야 한다.

나. 증빙서류는 다음의 서류 중 1개를 제출할 수 있다. 단, 반드시 전문의 진단서로 제출해야 하는 경우는 진단서로 제출하여야 한다.

1) 전문의 진단서 원본(국내 병원급 및 의원급 의료기관에서 발급한 것도 인정)

2) 복지카드 사본

3) 장애인증명서 원본

다. 의사 진단서는 원서접수 마감일로부터 2년 이내에 발급한 것만 유효하며 장애유형 및 장애정도에 대한 구체적 진술, 장애로 인한 시험 응시의 불편사항, 제공받고자 하는 편의 지원 항목에 대한 필요성 인정 여부를 모두 포함하여야 한다.

라. 국내의 경우 외국에서 발행한 진단서나 장애인 증명서류는 인정하지 아니한다. 다만, 국적국의 종합병원 전문의 진단서를 아포스티유 또는 영사 확인을 받아 제출한 경우(경유증명 또는 아포스티유 확인서 부착)에 한하여 효력을 인정하며, 영문을 제외한 기타 외국어로 된 일체의 서류는 반드시 한글로 번역하여 공증 받아 제출하여야 한다.

※ 아포스티유 협약(Apostille Program, 2007. 7. 14. 발효)

3. 장애유형 및 정도에 따른 편의 지원 내용

| 장애유형(장애정도) | | | | 신청 시 제공 가능한 편의지원 내용 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 지체  장애 | 상지 | 장애의 정도가  심한 장애인 | | • 시험시간 1.5배 연장  • 대필 신청 가능  • 보조공학기기 지참  • 별도시험실 배정 |
| 장애의 정도가  심하지 않은 장애인 | | • 시험시간 1.5배 연장  • 보조공학기기 지참  • 별도시험실 배정 |
| 하지 | 장애의 정도가 심한 /  심하지 않은 장애인 | | • 보조공학기기 지참  • 별도시험실 배정 |
| 뇌병변  장애 | 장애의 정도가  심한 장애인 | | | • 시험시간 1.5배 연장  • 대필 신청 가능  • 확대문제지, 보조공학기기 지참  • 별도시험실 배정 |
| 장애의 정도가  심하지 않은 장애인 | | | • 시험시간 1.5배 연장  • 확대문제지, 보조공학기기 지참  • 별도시험실 배정 |
| 시각  장애 | 장애의 정도가 심한 장애인 | | | • 시험시간 1.7배 연장  • 대독, 대필 신청 가능  • 보조공학기기 지참  • 별도시험실 배정 |
| 장애의 정도가 심하지 않은 장애인 | | 점자 사용의 필요성을  인정받은 자 | • 시험시간 1.7배 연장 가능  ※ 단, 시험시간 연장 편의를 받고자 하는 자는 안과 전문의 진단으로 점자 사용이 필요함을 증명하는 진단 내용이 포함된 진단서 제출 필요  • 확대문제지, 보조공학기기 지참  • 대독, 대필 신청 가능  • 별도시험실 배정 |
| 점자 사용이 필요치 않은 자 | • 시험시간 연장 불가  • 확대문제지, 보조공학기기 지참  • 대필 신청 가능  • 별도시험실 배정 |
| 청각  장애 | 장애의 정도가  심한 장애인 | | | • 듣기 대본 제공 가능  ※ 단, 듣기 대본을 제공받고자 하는 자는 이비인후과 전문의  진단으로 듣기 대본 제공이 필요함을 증명하는 진단 내용이 포함된 진단서 제출 필요  • 수어통역사 또는 응시요령 등 서면자료 제공  • 보조공학기기 지참 허용  • 별도시험실 배정 |
| 장애의 정도가  심하지 않은 장애인 | | | • 보조공학기기 지참  • 별도시험실 배정 |
| 기타 | - 특수 및 중복장애  - 일시적 신체장애로 응시에 현저한 지장이 있는 자 | | | • 장애정도를 검증하여 결정 |
| 임신부 | | | • 좌석간격 조정  • 시험 중 화장실 사용 허용  ※ 임신 사실을 확인할 수 있는 의사 진단서(소견서) 필요 |
| 당뇨, 천식 등 기저질환으로 의료기기 사용이 필수인 자 | | | • 의료기기 지참  ※ 단, 의료기기 사용 편의를 받고자 하는 자는 의료기기 지참이 필요하다는 진단 내용이 포함된 진단서 제출 필요  ※ 기저질환 경중을 검증하여 결정  • 별도시험실 배정(의료기기 소음 발생 시) |

가. 장애인 편의 지원을 신청하려는 자는 보건복지부에서 고시한 「장애정도판정기준」을 기준으로 본인이 어떤 장애유형과 장애정도에 해당하는지 확인하여야 한다.

나. 보조공학기기 또는 의료기기를 사용함에 있어 타 응시자의 시험에 방해가 될 경우에는 이를 제한할 수 있다.

다. 점자에 의한 응시를 희망하는 응시자에게는 대독, 대필의 방법을 사용한다.

라. 신체적으로 답안지에 표기를 할 수 없는 응시자들은 별도의 시험실에서 시험을 치르면서 답을 기입해 줄 대필자를 요청할 수 있다.

마. 지체 장애로 이동이 불편한 응시자는 보조 감독자의 도움을 요청할 수 있다.

바. 확대문제지는 122% 내외로 제공할 수 있다. 다만, 독서확대기 사용자는 시험 문제지를 확대 제공하지 아니한다.

사. 시험시간의 연장, 대필자 지원, 별도 시험실 배정 이외에 장애응시자의 장애 경중에 따라 최대한 편의를 제공한다.

4. 국외 응시자에 대한 편의 지원 사항은 위 지침을 준용하되 각 국가별로 다르게 정할 수 있다.

[붙임1]

한국어능력시험 장애인 등 편의지원 신청서

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 시험 회차 | |  | 시험장 |  |
| 시험 유형  ※ 해당 시험 유형에 ✔ 표시 | | TOPIK Ⅰ ( ) | 접수번호  또는  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% 내외)  □ 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 | | |
| **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 접수마감 후 근무일 기준 5일 이내 제출(우편은 도착 기준)**  ※ 의사진단서 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 | | | | |

[붙임 2]

Test Accommodation Request for Applicants with Disability

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Test Held | |  | Test Venue |  | |
| Test  Level | | □ TOPIK I | Application Number or 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. | | | |
| **- Disability type and degree, accommodation type(reader, writer, etc) and reason for request**  **(Can be typed or written / Must submit a copy of Korean version)**  **- Please note that no accommodation will be provided on the test day unless requested in advance** | | | | | |
| 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) within**  **5 working days after the end of 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). | | | | | |