

Manual de Suporte para Candidatos com Necessidades Especiais

TOEFL® ITP

**IDIOMAS SEM
FRONTEIRAS**

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

O preenchimento dos formulários de solicitação é essencial para a liberação das acomodações especiais. Abaixo, algumas instruções de preenchimento para cada um desses documentos.

As solicitações deverão ser encaminhadas para o e-mail do Fale Conosco do IsF – isf.acessibilidade@mec.gov.br, conforme o disposto no item 4. DA PROMOÇÃO DE ACESSIBILIDADE do edital nº 24, de 29.07.2014, que regula o processo seletivo para realização do teste TOEFL ITP Level 1 do Programa Inglês sem Fronteiras.

PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÕES PARA TESTE:

- 1) **PARTE I – INFORMAÇÕES DO REQUERENTE** Esse formulário será preenchido com os dados pessoais do candidato. Também deverá ser informada qual necessidade especial será atendida com a acomodação, bem como o diagnóstico da deficiência por laudo médico, emitido nos últimos 12 (doze) meses. Ainda neste formulário, o candidato precisará certificar que sua solicitação é verdadeira (Página 5), assinando e datando o documento.
 - 2) **PARTE II – SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO** Neste documento, o candidato informará se já obteve alguma acomodação especial, descrevendo-a e também informando o teste que foi realizado na ocasião. Deverá, ainda, selecionar as opções que atendem às suas necessidades.
 - 3) **PARTE III – CERTIFICADO DE ELEGIBILIDADE: HISTÓRICO DE ACOMODAÇÕES** Este é o documento que atenderá os candidatos que necessitam de tempo extra para a realização de seu teste. Deverão ser especificados os motivos que justificam a solicitação.
-

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO PARA TESTE

Parte I – Informações do Requerente

Instruções: Preencha o formulário e assine no campo “Verificação do Requerente”.

Nome do requerente (escreva seu nome exatamente como está escrito em seu documento de identificação) _____

(Primeiro Nome)

(Segundo Nome)

(Ultimo Nome)

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

País: _____ CEP: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ Telefone Residencial: () _____

Telefone Celular: _____ E-mail: _____

Natureza de sua deficiência (marque as alternativas que se aplicarem à sua necessidade)

() Deficiência visual ou deficiência visual comprovada

() Baixa visão

() Deficiência auditiva

() Baixa audição

() ADD/ADHD

() Dislexia

() Deficiência física (identifique a condição, encaminhar documentação)

() Condição fisiátrica (identifique a condição, encaminhar documentação)

() Outros (ex.: sequelas de traumatismo craniano, autismo ou doenças relacionadas; encaminhar documentação)

Quando sua deficiência foi primeiramente diagnosticada? ____/____ (mês/ano)

Data da avaliação médica mais recente: ____/____ (mês/ano)

Além da acomodação para o teste, descreva quais outras necessidades (medicamentos, aparelhos, alimentação, etc.) que você possui regularmente:

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO PARA TESTE

Parte I – Informações do Requerente

Nome do Requerente: _____
(Primeiro Nome) (Segundo Nome) (Último Nome)

Declaro que as informações colocadas neste formulário são verdadeiras e, caso esta declaração não seja o suficiente para atender a minha solicitação, concordo em providenciar os documentos necessários, estabelecidos pela ETS, afim de que minha solicitação seja avaliada. Autorizo ainda a ETS a fazer a cópia de qualquer documento aqui anexado para estabelecer a necessidade de acomodação solicitada. Caso seja solicitado o uso de algum equipamento especial, certifico que tenho conhecimento do uso do mesmo.

Compreendo que toda informação necessária para o processo de avaliação desta solicitação deve estar disponível para a ETS dentro do prazo estabelecido, para que haja tempo suficiente de avaliação da solicitação de acomodação. Tenho conhecimento que a ETS se reserva no direito de realizar determinações finais para quaisquer solicitações de acomodações.

Para o envio da Parte III – Certificação de Elegibilidade: Histórico de Acomodações, tenho conhecimento de que minha solicitação não será processada em casos de alterações ou revisões da Parte III após o prazo oficial estiver encerrado. Compreendo ainda que a ETS não se responsabilizará em solicitar o documento da pessoa responsável pelo preenchimento da Parte III em meu nome, caso necessário, antes ou após da data de realização do teste.

Autorizo a qualquer pessoa que preencherá a Parte III em meu nome, a fornecer informações à ETS, conforme solicitação. Compreendo também que a documentação enviada para a solicitação de minha acomodação substitui qualquer informação contida na Certificação de Elegibilidade: Histórico de Acomodações. Por garantia de qualidade, na Certificação de Elegibilidade: Histórico de Acomodações poderá ser submetido a auditoria para a comprovação da deficiência descrita no documento.

Estou ciente de que qualquer informação fornecida poderá ser utilizada para futuras pesquisas, e que em nenhum caso o nome do indivíduo será identificado nos estudos, além das informações estarem protegidas nos termos da Política de Arquivos e Confidências da ETS. Tenho conhecimento de que a ETS se reserva no direito de reter ou cancelar minha pontuação se julgado pela própria instituição que minha solicitação de acomodações, as informações contidas nesse formulário ou qualquer documento apresentado for de caráter duvidoso e a solicitação tiver sido requerida sem necessidade.

Assinatura do Requerente

Data

Guarde uma cópia desse documento preenchido

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO PARA TESTE

Parte II – Solicitação de Acomodação

Nome do Requerente: _____

(Primeiro Nome) (Segundo Nome) (Último Nome)

Data: ____/____/____ (mês/dia/ano)

Se você recebeu aprovação da ETS nos últimos dois anos para a mesma acomodação que está sendo solicitada agora e sua documentação encontra-se regularizada, preencha os dados abaixo:

Teste realizado anteriormente: _____ Data de realização (mês/ano): ____/____

ACOMODAÇÃO SOLICITADA (marque todas as alternativas cabíveis)

Formato de Testes Alternados

- Braille*
- Livro
- Teste impresso com letras maiores
- Folha de Respostas impressa com letras maiores
- Áudio¹
- Omissão da seção de Listening (TOEFL ITP)**

*APENAS PARA CANDIDATOS QUE POSSUAM DEFICIÊNCIA VISUAL OU BAIXA VISÃO

**APENAS PARA CANDIDATOS QUE POSSUAM DEFICIÊNCIA AUDITIVA OU BAIXA AUDIÇÃO

¹ O áudio cassete é oferecido no teste TOEFL. Para as versões de áudio com gráficos e imagens táteis será fornecido material de apoio.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO PARA TESTE

Parte II – Solicitação de Acomodação

Nome do Requerente: _____

Assistência (NOTA: se você está solicitando um leitor e/ou um copista, e sua deficiência NÃO é visual ou você não possui deficiência visual comprovada, você deverá enviar a documentação para análise.)

Leitor

Copista

Material de escrita Braille (apenas para anotação)*

Máquina de escrita em Braille (Perking Brailier) (apenas para anotações)**

Intérprete de linguagem de sinais (apenas para orientações orais)**

Cópia impressa das orientações orais (para testes impressos, apenas)

Tempo Extra para Teste (NOTA: Todos os testes são cronometrados; se você solicita mais de 50 por cento do tempo como tempo extra, será necessário o envio de documentos que comprovem sua necessidade.)

50 por cento (metade do tempo como tempo extra)

100 por cento (o dobro do tempo do teste)

Pausas Extras

Sim

Outras acomodações: Se sua solicitação refere-se a outros tipos de acomodações não listados acima (ex. sala de teste especial separada dos demais candidatos ou uso de calculadora), favor descrever as necessidades abaixo e encaminhar os documentos necessários que comprovem tais solicitações.

NOTA: Se sua solicitação refere-se a impressão do teste com letras maiores para um teste que seja originalmente online, favor descrevê-la aqui.

*Apenas para candidatos que possuam deficiência visual ou baixa visão.

**Apenas para candidatos que possuam deficiência auditiva ou baixa audição.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO PARA TESTE

Parte III – Certificação de Elegibilidade: Histórico de Acomodações

Nome do Requerente: _____

A Certificação de Elegibilidade: Histórico de Acomodações, apenas será aceita no lugar do documento de comprovação da deficiência nos seguintes casos:

1. Deficiência no aprendizado e/ou ADHD, para as quais serão solicitados **50 por cento extra ao tempo total do teste e/ou pausas adicionais**; ou
2. Deficiências visuais ou perda auditiva que solicitam acomodações especiais.

Para quaisquer outras solicitações de acomodação (dobro de tempo, sala separada, leitor, etc.) os candidatos deverão encaminhar os documentos comprobatórios diretamente para o e-mail do Fale Conosco do IsF – isf.acessibilidade@mec.gov.br, conforme o disposto no item 4. DA PROMOÇÃO DE ACESSIBILIDADE do edital nº 24, de 29.07.2014, que regula o processo seletivo para realização do teste TOEFL ITP Level 1 do Programa Inglês sem Fronteiras. , para que seja feita a devida análise.

Esse formulário **deve** ser preenchido e assinado por um representante profissional, como segue:

- Escritório de Atendimento a Candidatos Universitários com Deficiências
 - Escritório de Recursos Humanos no local de emprego dos candidatos
 - Departamento de Reabilitação Vocacional (DRV) no local em que reside o candidato **Os formulários preenchidos e assinados por um membro da família do candidato ou pelo profissional licenciado e/ou certificado que tenha diagnosticado a deficiência não serão analisados. INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA CERTIFICAÇÃO DE ELEGIBILIDADE: HISTÓRICO DE ACOMODAÇÕES** A pessoa autorizada deverá preencher a Parte III apenas se atender os requisitos abaixo (a ou b).
- a) _____ a documentação do candidato está atualizada de acordo com os critérios de atualização descritos no site WWW.ets.org/disabilities, atendem aos Critérios de Documentação da ETS e a necessidade de cada solicitação de acomodação; e
 - b) _____ o candidato utiliza a acomodação atualmente (ou usou nos últimos três anos), baseada nas condições universitárias, locais de trabalho ou nos locais de reabilitação vocacional.

CRITÉRIOS DE DOCUMENTAÇÃO ETS

- **Digitados ou manuscritos (letra de mão) e assinados** pelo avaliador qualificado para a análise (incluir informações sobre licença ou certificação da área de especialização)
- **Especificar claramente o diagnóstico da(s) deficiência(s)**
- **Descrever as limitações funcionais** resultantes da(s) deficiência(s)
- **Estar atualizado**, ex. preenchido com os dados de deficiência de aprendizagem dos últimos cinco anos, deficiências psiquiátricas nos últimos seis meses ou Transtorno de Déficit de Atenção

com Hiperatividade (TDAH/ADHD) e todas as outras deficiências (**NOTA:** esse documento não se aplica para deficiências sensoriais ou físicas de natureza imutável)

Incluir histórico educacional completo, de desenvolvimento e médico relevantes à deficiência referente à solicitação feita

- **Incluir a lista de todos os testes** utilizados no relatório de avaliação relevante dos testes utilizados para documentar a deficiência; todos devem ter normas adultas (para deficiências imutáveis de caráter físico ou sensorial, a lista dos instrumentos de teste não será requisitada).
- **Descrever a acomodação específica solicitada**
- **Fornecer materiais de apoio adequados para cada solicitação de acomodação**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO PARA TESTE

Parte III – Certificação de Elegibilidade: Histórico de Acomodações

Nome do Requerente: _____

Providenciar as seguintes informações sobre a documentação de comprovação da deficiência apresentada:

* Nome e credencial do profissional que realizou a avaliação mais recente.

* Data da avaliação profissional mais recente: ____/____ (mês/ano)

* Diagnóstico da deficiência do candidato, como relatada no documento, para qual a acomodação fora solicitada:

*O candidato recebeu aprovação na solicitação de acomodação nos últimos 3 anos em sua universidade e/ou local de trabalho?

() Sim () Não

Se SIM, marque a acomodação recebida:

Formato de testes alternados

() Braille

() Livro Teste impresso com letras maiores

() Folha de Respostas impressa com letras maiores

() Áudio

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO PARA TESTE

Parte III – Certificação de Elegibilidade: Histórico de Acomodações

Nome do Requerente: _____

Assistência (NOTA: Se a solicitação do candidato for por leitor ou copista e a deficiência deste candidato NÃO for deficiência visual ou tiver a deficiência visual comprovada, a documentação deverá passar pela análise.)

- Leitor
- Copista
- Material de escrita Braille
- Máquina de escrita em Braille (Perking Brailier)
- Intérprete de linguagem de sinais
- Cópia impressa das orientações orais

Tempo Estendido para Realização do Teste (NOTA: Todos os testes são cronometrados; se a solicitação do candidato for para 50 por cento do tempo extra do teste, a documentação deverá ser encaminhada para análise.)

- 50 por cento (metade do tempo como extra ao tempo do teste)
- 100 por cento (o dobro do tempo total do teste)

Pausas Extras

- Sim

Outras acomodações. Se o candidato necessitar de outras acomodações que não tenham sido mencionadas anteriormente (ex. sala de aplicação separada ou calculadora), favor descrevê-las abaixo:

Por quanto tempo o candidato tem utilizado a acomodação previamente descrita?
De: _____ (mês/dia/ano) Até: _____ (mês/dia/ano)

Onde o candidato utiliza as acomodações?

- Universidade
- Local de trabalho
- Outros (especificar): _____ **(continua na próxima página)**

Todas as acomodações estão sujeitas a aprovação da ETS e devem atender aos Critérios de Documentação da ETS. Para mais detalhes e informações para política de confirmação dos documentos de deficiências de aprendizados (LD); Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH/ADHD); deficiências visuais; perda de audição; deficiências físicas ou fisiátricas; transtorno de autismo, visite www.ets.org/disabilities.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO PARA TESTE

Parte III – Certificação de Elegibilidade: Histórico de Acomodações

Nome do Requerente: _____

Verificação de Autorização Profissional

Para ser assinado por um profissional autorizado do Escritório de Atendimento a Deficientes, responsável pelos Recursos Humanos do local de trabalho ou pelo responsável pelo Centro de Reabilitação.

NOTA: O avaliador que conduzirá o teste não poderá preencher este formulário.

Certifico que as acomodações indicadas na Parte III estão devidamente documentadas e aprovadas pelo candidato. Afirmando ter analisado as informações do Educational Testing Services (ETS), Critérios de Documentação (incluindo a política de certificação e guias sobre LD, ADHD e deficiências fisiológicas, se aplicáveis), e que a documentação do candidato atende a deficiência e os cuidados específicos para a liberação de acomodação descrita neste documento. Por questões de segurança, a Certificação de Elegibilidade: Histórico de Acomodações deverá ser submetida a análise e seu resultado comparado com a deficiência descrita neste formulário.

Se solicitada pela ETS a cópia da documentação previamente descrita, concordo em enviar para análise todos os documentos pertinentes para reforçar a necessidade de acomodação. Compreendo que o candidato autoriza a verificação dos documentos, conforme os termos da declaração de verificação do candidato. Compreendo, ainda, que caso a ETS determine a qualquer momento que a documentação do candidato não está de acordo com o solicitado nos Critérios de Documentação, a ETS poderá reter ou cancelar a pontuação do candidato.

Assinatura do Profissional Responsável

Data

Nome Completo

Título

Nome da Instituição/Agência/Local de Trabalho

Telefone

FAX

E-mail

Coloque aqui o seu cartão de visita