

장애유형별 편의제공 안내

○ 편의지원 항목

| 장애유형 및 등급 | | 편의지원 항목 | |
|------------------|---|-----------------------|---|
| 지체 장애 | 상지 | 공 통 | 확대문제지, 확대답안지, 보조공학기기 지참 허용, 별도시험실(좌석간격 조정) |
| | | 장애정도가 심한 자 | 공통편의지원, 답안지 대필 |
| | | 장애정도가 심하지 않은 자 | 공통 편의지원 |
| | 하지 | 장애정도가 심한 자 / 심하지 않은 자 | 별도시험실(좌석간격 조정) |
| 뇌병변 장애 | 공 통 | | 확대문제지, 확대답안지, 보조공학기기 지참 허용, 별도시험실(좌석간격 조정) |
| | 장애정도가 심한 자 | | 공통 편의지원, 답안지 대필 |
| | 장애정도가 심하지 않은 자 | | 공통 편의지원 |
| 시각 장애 | 공 통 | | 확대문제지, 확대답안지, 보조공학기기 지참 허용 |
| | 장애정도가 심한 자 | | 공통 편의지원, 축소문제지(확대독서기 사용자) |
| | 장애정도가 심하지 않은 자 | | 공통 편의지원 |
| 청각 장애 | 장애정도가 심한 자 / 심하지 않은 자 | | 응시요령 등 서면자료 제공, 보조공학기기 지참 허용 |
| 기타 의료기관장이 인정한 장애 | 일시적 신체장애로 응시에 현저한 지장이 있는 자 | | 해당증후가 있을 경우 시험 중 화장실 허용, 별도시험실(좌석간격 조정) |
| | 과민성대장증후군, 과민성방광증후군, 신장, 심장, 장루, 요루 장애 등 | | 해당증후가 있을 경우 시험 중 화장실 허용, 별도시험실(좌석간격 조정) |
| 기타 | 임산부 | | 시험 중 화장실 허용, 별도시험실(좌석간격 조정) (의사 진단서 또는 소견서 제출) |

○ 편의지원 대상 및 방법

| 구 분 | 주 요 내 용 |
|---------|---|
| 대 상 | <ul style="list-style-type: none"> · 장애인복지법 시행령 제2조에 의한 장애인 · 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령 제14조 제3항에 의한 상이 등급 기준에 해당되는 자 · 기타 일시적 장애 등으로 응시에 현저한 지장이 있는 자 및 임산부 등 편의 지원 제공이 필요한 자 |
| 기간 및 방법 | <ul style="list-style-type: none"> · 기 간 <ul style="list-style-type: none"> - 편의지원 신청 : 원서접수 마감일 까지 - 관련서류 제출 : 원서접수 마감일 까지 · 방 법 <ul style="list-style-type: none"> - 입사지원서 작성 시 본인의 해당 여부, 지원요건, 구비서류, 편의지원 항목을 확인 후 입사지원서 및 편의지원 신청화면에서 편의지원 내용 기재(채용홈페이지 신청) - 증빙서류(의사 진단서, 의사 소견서, 장애인 증명서 등)는 스캔하여 입사 지원서 작성시 첨부파일로 제출(등록) |
| 유의사항 | <ul style="list-style-type: none"> · 상이등급자의 경우 장애인복지법 상의 장애등급표를 기준으로 본인이 어떤 장애유형과 등급에 해당하는지 확인 · 의사진단(소견)서는 의료법 제3조에서 정한 종합병원(또는 상급종합병원)에서 응시원서 접수마감일 기준 2년 이내 발급받은 원본 제출 <ul style="list-style-type: none"> ※ 단, 임산부의 경우 의료법 제3조에 의한 의료기관 및 병원급 의료기관에서 발급 가능 · 의사진단(소견)서에는 본인의 장애유형 및 정도, 지원받고자 하는 편의제공 항목과 필요성 인정 여부 등 구체적이고 명확하게 기재되어야 함. · 임산부의 경우 임신주수, 편의지원 내용과 그 필요성이 모두 기재되어야 함 (예시) 상기인은 임신 ()주, 필기시험 예정일(0000.00.00) 전후하여 출산이 예상되는 산모로서, 이로 인해 정상적인 시험 응시에 어려움이 있어 시험 중 화장실 이용이 필요하다고 인정됩니다. · 보조공학기기는 장애유형과 관련된 보조기기에 한함 · 확대문제지 등 : 확대문제지(118%, 150%), 축소문제지(82%), 확대답안지 (118%, 150% 또는 아라비아 숫자로 답안표기) · 편의지원 신청자에 대한 편의지원 제공여부 결정은 채용홈페이지에 게재 될 예정이며, 반드시 자신의 편의지원 신청결과를 확인하시기 바랍니다. |

○ 편의지원 신청서 서식(채용홈페이지 신청)

| | | | |
|---|--|---|---|
| 시험 분야 | | 시험구분 | <input type="checkbox"/> 필가시험 <input type="checkbox"/> 면접시험 |
| 성 명 | | 응시번호 | |
| 출생월일 | | 전화번호 (보호자는 필요시 기재) | 응시자 : 보호자 : |
| 주 소 | □□□□□ | | |
| 구 분 | <input type="checkbox"/> 장애인복지법 제2조에 의한 장애인 <input type="checkbox"/> 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령 제14조제3항에 의한 상이등급에 해당하는 국가유공자 <input type="checkbox"/> 임신부 <input type="checkbox"/> 기타 일시적 장애 등 <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <상제기술> </div> | | |
| 첨부서류 | <input type="checkbox"/> 장애인등록증 <input type="checkbox"/> 장애인복지카드 <input type="checkbox"/> 국가유공자 상이부위 및 등급 확인 서류 <input type="checkbox"/> 의사 진단(소견)서 | | |
| 편의 제공 요청 사항 | 문 제 자 (택1) | <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 확대문제지 (<input type="checkbox"/> 118% <input type="checkbox"/> 150%) <input type="checkbox"/> 축소문제지 (<input type="checkbox"/> 82%) | |
| | 답 안 자 (택1) | <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 대필 <input type="checkbox"/> 확대답안지 (<input type="checkbox"/> 118% <input type="checkbox"/> 150%) <input type="checkbox"/> 아라비아 숫자 표기 | |
| | 사 험 실 | <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 별도 시험실 | |
| | 장애인 보조기구 | <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 보조기구 명칭() <input type="checkbox"/> 보조기구 사용 시 필요사항 (<input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 필요사항 :) | |
| | 기 타 | <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 화장실 허용 <input type="checkbox"/> 응시요령 등 관련자료 서면 제공 <input type="checkbox"/> 장애특성 면접위원 사전공지 | |
| ※ 신청서 기재 시 편의제공 내용과 범위를 확인 후 정확히 기재하시기 바랍니다. | | | |
| 인천교통공사 체험형 인턴 채용시험에서 위와 같이 편의제공 대상자로 지정받고자 신청합니다. 20 . . . | | | |
| 성명(대리인) (서명 또는 날인) | | | |
| 인천교통공사 사장 귀하 | | | |