

**Australia Awards Scholarships**

***English Language Training Assistance (ELTA)***

Formulir Keterangan Disabilitas

Formulir ini diperuntukkan bagi pelamar ELTA yang memiliki disabilitas. Mohon menjawab pertanyaan dengan rinci.

Apabila Anda memerlukan bantuan dalam mengisi formulir ini, mohon hubungi kami melalui alamat email [ELTA@ialf.edu](mailto:ELTA@ialf.edu) atau nomor telepon 0361 225243.

Silakan menggunakan tambahan kertas apabila diperlukan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Keterangan Pelamar | | |
| **Silakan melengkapi informasi berikut** | | |
| Nomor KTP: |  | |
| Nama Depan: |  | |
| Nama Belakang: |  | |
| Tanggal Lahir: |  | |
| Laki-laki/Perempuan: |  | |
| Provinsi Domisili: |  | |
| 1. Kerahasiaan | | |
| **Silakan melengkapi kolom data pribadi di bawah ini** | | |
| Informasi yang Anda berikan di formulir ini hanya akan digunakan untuk membantu Australia Awards dan institusi terkait untuk mengidentifikasi penyesuaian yang diperlukan terkait kebutuhan Anda.  Australia Awards menghormati hak Anda tekait data pribadi dan informasi lainnya yang Anda berikan. Data pribadi dan informasi tersebut akan diperlakukan sesuai dengan *Australian Privacy Act 1988* dan hanya akan diungkap apabila sangat diperlukan.  Supaya Australia Awards dapat memberikan bantuan disabilitas, Anda harus menyetujui pernyataan di bawah ini dan mengesahkan pengumpulan formulir ini. | | |
| Saya menyatakan bahwa, dalam mengumpulkan formulir ini, informasi yang terdapat di dalamnya dan yang terkait dengannya adalah benar *(Ketik* ***Ya, Saya Setuju*** *pada kolom disamping jika Anda menyetujui)* | |  |
| 1. Mengenai Kondisi Disabilitas Anda | | |
| **Mohon memilih kategori di bawah ini yang sesuai dengan disabilitas Anda dengan mengetik YA pada kolom belakangnya** | | |
| Penglihatan: |  | |
| Pendengaran: |  | |
| Fisik: |  | |
| Mental/Psikologis: |  | |
| Kondisi Medis: |  | |
| Lainnya, silakan disebutkan: |  | |

|  |
| --- |
| **Jelaskan kondisi disabilitas Anda dengan kata-kata Anda sendiri:** |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |
| 1. Kebutuhan Anda   Informasi yang diperlukan di bagian bawah ini akan digunakan apabila Anda terseleksi untuk tahapan berikutnya yakni tes penempatan dan wawancara. |
| **Transportasi** |
| 1. Di kota Anda, apakah Anda memerlukan peralatan yang harus diubah atau disesuaikan untuk bergerak di luar ruangan? (Contoh, ketika berjalan di jalanan, bepergian dengan kendaraan pribadi, atau menggunakan transportasi publik) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |
| 2. Apakah Anda pernah bepergian dengan pesawat?  Apabila pernah, apakah Anda biasanya memerlukan bantuan selama perjalanan udara?  Apabila belum pernah, apakah Anda pernah mengalami kesulitan masuk atau keluar dari moda transportasi jenis tertentu? (Misalnya, apakah Anda menggunakan kursi roda?) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |
| 3. Apakah saat ini Anda menggunakan alat bergerak seperti kursi roda atau kruk/tongkat jalan? Apabila jawabannya adalah YA, apakah Anda dapat bepergian dengan menggunakan alat ini?  (Misalnya, apakah kursi roda Anda dapat dilipat sehingga dapat dikirim?) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |

|  |
| --- |
| **Penginapan** |
| 1. Di rumah dan tempat Anda bekerja/belajar, apakah Anda mempunyai atau menggunakan bantuan khusus atau penyesuaian? (Contohnya, jalanan landai, besi pegangan, bantuan visual) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |
| 2. Apakah Anda tinggal sendiri, di luar komunitas, tanpa bantuan?  (Misalnya, apakah Anda tinggal sendiri di kota atau negara yang berbeda untuk bekerja atau belajar?) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |

|  |
| --- |
| **Perawatan** |
| Apabila Anda perlu melakukan perjalanan dan menginap di luar kota, apakah Anda membutuhkan atau menggunakan bantuan khusus untuk mengurus diri – mandi, pergi ke toilet, memakai baju, makan atau minum? Apabila YA, siapa yang membantu Anda saat ini? |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |

|  |
| --- |
| **Komunikasi** |
| 1. Pendengaran dan Berbicara – untuk berkomunikasi dengan orang lain, apakah Anda memerlukan atau menggunakan bantuan khusus?  (Misalnya, alat pendengaran, penerjemah bahasa isyarat, pembaca bibir, alat bantu komunikasi lainnya atau waktu tambahan) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |
| 2. Penglihatan dan Membaca – untuk mengakses informasi dan komunikasi menggunakan bahan tulisan, apakah Anda membutuhkan atau menggunakan bantuan khusus?  (Misalnya, tulisan berhuruf besar, Braille, *software*/peranti lunak komputer (contoh, JAWS), laptop, seseorang yang menerjemahkan untuk Anda, atau tambahan waktu) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |
| 3. Membaca dan Mendengar – apabila Anda menggunakan komputer atau *software* khusus untuk membaca/mendengar, seberapa mahir Anda menggunakan komputer/*software* tersebut? Dan seberapa seringkah Anda menggunakannya? (Misalnya, setiap hari, atau sebulan sekali, atau jarang) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |

|  |
| --- |
| **Bantuan Medis dan Pengobatan** |
| Apakah Anda membutuhkan atau saat ini menerima perawatan medis yang terus menerus, dan berkelanjutan?  (Misalnya, pemeriksaan kesehatan dengan dokter umum atau spesialis atau akses rutin ke fasilitas medis seperti rumah sakit) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |
| **Kemampuan Teknologi Informasi** | |
| Bagaimana kemampuan Anda dalam menggunakan komputer/laptop  Pilihan Jawaban **(Tidak Bisa** atau **Bisa** atau **Sangat Lancar)** | |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini:** | |
| Apakah Anda memerlukan aplikasi khusus saat menggunakan komputer/laptop  Contoh aplikasi khusus: JAWS,NVDA, Kurzweil  Pilihan jawaban **(YA** atau **TIDAK)** | |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini:** | |
| Seberapa sering anda menggunakan aplikasi tersebut  Pilihan Jawaban **(Jarang** atau **Kadang-kadang** atau **Selalu)** | |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini:** | |
| Jika anda memerlukan aplikasi khusus, jelaskan nama aplikasinya dan apa fungsi aplikasi tersebut | |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini:** | |

|  |
| --- |
| **Bantuan lain** |
| Apakah ada kebutuhan pendampingan atau bantuan tambahan lain yang dapat Anda identifikasi yang tidak tercantum di dokumen ini?  (Misalnya, sehubungan dengan interaksi sosial, psiko-sosial/bantuan pendampingan/konseling psikologis, peralatan yang dibutuhkan, atau kebutuhan pribadi lain yang mungkin Anda miliki yang dapat membantu Anda dalam mengikuti proses seleksi) |
| **Tulis jawaban Anda di bawah ini** |

Terima kasih telah melengkapi formulir ini