

נגישות

תאריך אישור:
28.1.2020

תחום:

1. מטרת הנוהל

מטרת הנוהל היא להסדיר את דרכי הפנייה והטיפול בסטודנטים אשר זקוקים לאישור חניה במבנה המכללה עקב מצב רפואי המונע מהם אפשרות הליכה ואין ברשותם תו נכה.

2. הגדרות

- 2.1 ועדת חניה** - הגוף המקצועי לקביעת אישור חניה במכללה הינה ועדה הכוללת את הנציגים הבאים: דיקן הסטודנטים (יו"ר הועדה), מנהלת הדיקנט, מנהל ביטחון, יועץ המכללה וראש מדור קידום הסטודנט, רכזת נגישות ומורשית נגישות.
- 2.2 שמירה על חיסיון מידע** - הועדה תפעל על פי תקנון אתיקה מקצועית, המחייב שמירה על סודיות מלאה לגבי מידע אישי אשר הועבר על ידי הסטודנט. כל סטודנט המעוניין להגיש בקשה, יחויב למלא טופס ויתור סודיות.
- 2.3 טופס ויתור סודיות** - חתימה על טופס זה מאפשרת קבלת מידע על מצב רפואי מגורמים חיצוניים על מנת שהוועדה תוכל לדון בבקשה.

3. השיטה

3.1 קבלת אישור חניה

- 3.1.1** סטודנט המבקש אישור חניה, יפנה לאחראי המוסד בתחום הנגישות (רכז/ת נגישות) וימלא בקשה על פי טופס של המוסד ובהתאם לנהלי המכללה. הבקשות יועברו בצורה מסודרת לחברי הועדה לדיון וקבלת החלטה תוך שמירה על חיסיון מידע.
- 3.1.2** אחראי המוסד בתחום הנגישות יעביר לסטודנטים תשובה מנומקת ובכתב, ובכלל זה התייחסות לדחיית ההמלצות שהביא הסטודנט, לא יאוחר מ-10 ימים מיום קבלת ההחלטה.
- 3.1.3** אם חל שינוי במצב הרפואי ובהצגת מסמכים תומכים, ניתן לערער על החלטת הוועדה ולבקש דיון מחדש. דיון שני בבקשה מהווה דיון סופי ולא ניתן יהיה לערער על החלטה.
- 3.1.4** הועדה תתכנס לכל היותר פעמיים בכל סמסטר. במקרים חריגים, תהיה הצבעה באמצעות דואר אלקטרוני.

נגישות

תאריך אישור:
28.1.2020

תחום:

3.2 התייחסות לזכאות אוטומטית לאישור חניה

- בעלי תו חניה נכה על שמם בלבד, לשימושם הפרטי בלבד. אין צורך בהגשת בקשה לועדה, אלא לפנות ישירות למנהל הביטחון של המכללה.

3.3 זכאות בכפוף להחלטת ועדת חניה

מי שאינו עומד בזכאות אוטומטית, ומתקיים בו אחד מהתנאים הבאים:

- סטודנטים הסובלים ממצב בריאותי לא תקין זמני או קבוע בגפיים התחתונות, אשר מגביל במידה ניכרת את יכולת ההליכה.
- סטודנטים הסובלים ממצב בריאותי לא תקין זמני או קבוע, המוביל לפגיעה תפקודית חמורה ביכולת ההליכה.

3.4 הליך הגשת בקשה

- מילוי טופס בקשה (נספח מס' 1) וצילום תעודת זהות, רישיון נהיגה ורישיון רכב.
- מילוי שאלון רפואי על ידי רופא מומחה בלבד (נספח מס' 2) בצירוף מסמכים המעידים על מצב בריאותי.
- יש לציין את פרק הזמן המוגבל לבעיה הרפואית.
- שאלון אשר לא ימולא כהלכה, לא ייבדק וייפסל לדיון. הועדה רשאית לקבוע מהו שאלון ראוי.

3.5 מימוש החלטת ועדת חנייה

- החלטות הועדה ישלחו בדוא"ל על ידי רכזת נגישות של המכללה אל הסטודנט עם העתק למנהל הביטחון.
- סטודנט שאושרה לו חניה יפעל בהתאם לדף ההנחיות שקיבל.

שם הנוהל: **הסדרת אישור חנייה במכללה עקב מוגבלות**
מס' הנוהל: **רפואית**

תחום: **נגישות**
תאריך אישור: **28.1.2020**

נספח 1- טופס בקשה לאישור חנייה

חלק א' – פרטי המבקש

שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז.
כתובת	טלפון בבית	טלפון נייד
התפקיד במכללה		

חלק ב' – פרטי הרכב

מס' הרכב	שם יצרן ודגם	צבע
אם הרכב אינו בבעלות המבקש יש למלא:		
שם בעל הרכב	יחס קרבה	

חלק ג' - הצהרת המבקש

- אני מצהיר/ה, כי כל הפרטים שנמסרו בטופס זה נכונים ומלאים.
- ידוע לי ואני מסכים/ה כי כניסה עם הרכב לשטח המכללה כרוכה בבדיקת הרכב ובחיפוש בתוכו, בהתאם לשיקול דעת מחלקת הביטחון.
- ידוע לי ואני מסכים/ה כי אישור החנייה אשר יינתן לי, מקנה לי בלבד את אישור הכניסה עם הרכב לשטח המכללה.
- הריני מאשר/ת כי סדרי תנועה בשטח המכללה וכל ההוראות, הנהלים וההחלטות של מחלקת הביטחון /או כל גוף מוסמך אחר בנושא במכללה, כפי שאלו קיימים היום וכפי שייקבעו ויפורסמו מעת לעת, חלים עליי ומחייבים אותי ואני מתחייב למלאם כלשונם.
- ידוע לי ואני מסכים/ה כי כללי החנייה נתונים לשינויים בידי הגופים המוסמכים וכל שינוי שיעשה בעתיד יחול עליי ויחייב אותי.
- ידוע לי ואני מסכים/ה כי כל הפרה של כללי החנייה שאבצע, תהא צפויה לענישה בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי והמוחלט של המכללה.
- ידוע לי ואני מסכים/ה כי המכללה אינה אחראית בשום צורה ואופן לכל אבדן ו/או נזק שהוא אשר עלול להיגרם לכלי רכב בקשר עם ו/או הנובע מהחנייה בשטח המכללה, לרבות גניבה, מכה, שריפה, תקר וכ'...
- ידוע לי ואני מסכים/ה כי אין במתן אישור החנייה משום הבטחה כלשהי למקום חנייה וכי החנייה תתבצע על בסיס מקום פנוי וכי בכל מקרה, המכללה בכל עת רשאית לשנות את הסדרי החנייה, לרבות אישורי הכניסה ומקומות החנייה, בהתאם לצרכיה ואילווציה.

ולראיה באתי על החתום:

מס' הנוהל:

הסדרת אישור חניה במכללה עקב מוגבלות רפואית

שם הנוהל:

נגישות

תאריך אישור:
28.1.2020

תחום:

חתימה

תאריך

נספח 2-חוות דעת רפואית מרופא מומחה

תאריך

___/___/___

חלק א' למילוי ע"י הסטודנטיות:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מספר ת.ז.: _____
טלפון: _____ כתובת מייל: _____
חוג לימודים: _____ שנה: _____

ויתור סודיות:

אני הח"מ: _____, נותן בזאת לד"ר: _____
למסור למרכז תמיכה אופק במכללה האקדמית להנדסה ירושלים, את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.
אני משחררות את ד"ר _____ ואת מרכז תמיכה אופק משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותיי או מידע כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.
חתימה: _____

חלק ב' למילוי ע"י הרופאה המטפלת:

רופאה/ יקר/ה שלום,
המידע בטופס זה משמש לצורך קבלת החלטה בדבר מתן התאמות בתנאי בחינה. אנא הפעלי שיקול דעת במילוי הטופס, וכתב/י בכתב יד קריא ככל האפשר. תודה.
אבחנה (אנא כתב/י אבחנה ספציפית וברורה):

אלו בדיקות נערכו לצורך קביעת אבחנה זו ?

האם יש מגבלה בתפקוד?

לכמה זמן קיימת מגבלה בתפקוד? שבועיים \ חודש \ שלושה חודשים \ שנה \ כרוני

האם נערכה פרוצדורה ניתוחית? כן \ לא, בתאריך _________:

איזה _____?

האם ניתן טיפול תרופתי? לא \ משככי כאבים \ תרופות אנטי דלקתיות, אחר: _____

מס' הנוהל:

הסדרת אישור חניה במכללה עקב מוגבלות רפואית

שם הנוהל:

נגישות

תחום:

תאריך אישור:
28.1.2020

כיצד משפיעה הבעיה הרפואית על תפקודו של הסטודנט כתלמיד?

עד מתי המלצות אלו תקפות?

אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף:

טלפון:

דוא"ל:

חותמת וחותימה:

אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף:

מעין מרק שבו, רכזת נגישות וטכנולוגיות מסייעות

02-6588066

maayanmr@jce.ac.il

אייל קורן, יועץ המכללה וראש מדור לקידום הסטודנט

02-6588031

eyalkr@jce.ac.il