



Division of Licensing Services

New York State
Department of State
Division of Licensing Services
Exam Unit (Special Testing)
P.O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
www.dos.ny.gov

특수 테스트 배치 요청서

다음 지시사항을 주의깊게 읽어 주십시오. 학습 장애나 신체적, 정신적 또는 심리적 장애와 관련하여 특수 테스트 배치를 신청하는 경우 본 양식을 작성해야 합니다. 또한, 반드시 의사나 이와 동등한 자격을 갖춘 기타 전문가가 발급한 증빙서류 또는 학교나 기타 기관에서 발급받은 이전의 편의 제공 증빙 자료를 제출하셔야 합니다.

파트 1: 개인 정보

귀하의 성명, 우편 주소 및 주간 전화번호를 기재하십시오. 전화번호를 알려주셔야 추가적인 정보가 필요하거나 배치를 결정할 때, 귀하에게 연락드릴 수 있습니다.

파트 2: 검사 유형

요청하는 특수 테스트 배치의 검사 유형을 명시해 주십시오. **참고 사항:** 귀하가 응시하는 면허 유형에 필기 및 실기 시험 모두 필수 요소인 경우, 필기 및 실기 검사 모두에 대해 특수 테스트 배치를 요청하실 필요는 없습니다.

파트 3: 요청 구분

특수 테스트 배치 요청과 관련이 있는 장애의 성격을 명시해 주십시오. 해당 사항이 없는 경우, 직접 자세하게 기재해 주십시오. 또한, 휠체어 이용 여부도 알려주시기 바랍니다.

파트 4: 배치 요청

어떤 배치/수정 사항을 요청하는지 명시해 주십시오. 예시로는, 추가 시간, 독립 공간에서의 검사, 특수 장비 사용, 대독자 또는 대필자/필경자 필요 등이 있습니다. 단, 이는 이용 가능한 전체 특수 테스트 배치 목록이 아닙니다. 해당 배치/수정은 관련 장애 사항에 맞게 적절하게 이루어져야 합니다.

내용을 정자로 기입하거나 타이핑하십시오. 누락되는 정보가 없도록 모두 기재해 주십시오.

파트 1: 개인 정보

성	이름	중간 이니셜
우편 주소(번호 및 도로)	이메일 주소	
도시	주	우편번호 + 4
		주간 전화번호

파트 2: 검사 유형

필기 시험

<input type="checkbox"/> 공증인	<input type="checkbox"/> 가정 조사관	<input type="checkbox"/> 미용술
<input type="checkbox"/> 부동산 중개인	<input type="checkbox"/> 보청기	<input type="checkbox"/> 피부 관리
<input type="checkbox"/> 부동산 매매	<input type="checkbox"/> 사설 조사관	<input type="checkbox"/> 손톱 관리
<input type="checkbox"/> 경비 및 화재경보 설치자	<input type="checkbox"/> 감독, 경비 또는 순경	<input type="checkbox"/> 천연 모발 스타일링
		<input type="checkbox"/> 왁싱

실기 시험

<input type="checkbox"/> 보청기	<input type="checkbox"/> 미용술	<input type="checkbox"/> 손톱 관리
<input type="checkbox"/> 이발사	<input type="checkbox"/> 피부 관리	<input type="checkbox"/> 천연 모발 스타일링

파트 3: 요청 구분(해당사항 모두에 "X" 표시)

<input type="checkbox"/> 학습 장애	<input type="checkbox"/> 신체 장애	<input type="checkbox"/> 심리 장애
<input type="checkbox"/> 청각 장애	<input type="checkbox"/> 정신 장애	<input type="checkbox"/> 기타: _____
<input type="checkbox"/> 휠체어 이용		

특수 테스트 배치 요청서

파트 4: 배치 요청(추가 시간이 필요한 경우, 추가로 필요한 시간 비율을 작성해 주십시오. 예: 25%, 50% 또는 100%)
