FORM 1

FORMULIR WAWANCARA SEBAGAI BAGIAN SYARAT PENDAFTARAN SELEKSI MANDIRI MAHASISWA BARU PENYANDANG DISABILITAS INSTITUT SENI INDONESIA YOGYAKARTA

I. BAGIAN IDENTITAS

Nama calon mahasiswa	:
Alamat	:
Asal sekolah	:
Kebutuhan khusus calon mahasiswa*	( ) Autisme ( ) ADHD ( ) Cerdas Istimewa/Berbakat Istimewa (*Gifted*) ( ) Lamban belajar ( ) Kesulitan belajar (*learning disabilities*: dileksia, disgrafia, diskalkulia) ( ) Tunanetra ( ) Tunarungu/Tuli ( ) Tunadaksa ( ) Lainnya: ……...
Peralatan yang dibutuhkan secara khusus	:
Layanan khusus yang pernah diikuti*	( ) Terapi Wicara; lamanya ……. ( ) Okupasi; lamanya …… ( ) Lainnya: ……. ; lamanya ……..

*Beri tanda centang (✓) sesuai dengan kondisi calon mahasiswa.

II. DESKRIPSI CALON MAHASISWA

Aspek	Deskripsi Hambatan	Deskripsi Kekuatan
KOGNITIF		
EMOSI		

SOSIAL		
PERILAKU		

III. HAL-HAL YANG PERLU DIPERTIMBANGKAN

	FAKTOR PENDUKUNG	**FAKTOR PENGHAMBAT**
Kesiapan kegiatan pembelajaran di kelas		
Kesiapan kegiatan di luar kelas		
Relasi antar mahasiswa		
Literasi penggunaan teknologi (misal: simulasi untuk penggunaan MS Office dan LMS)		
Mobilitas gerak		

IV. Akomodasi Pembelajaran yang dibutuhkan sesuai karakteristik disabilitas (misal: kebutuhan akan note-taker, student buddy, dsb)

_____

_____

_____

_____

V. Daya dukung orang tua untuk kesuksesan pembelajaran di kampus inklusif

_____

_____

_____

_____

VI. HAL LAIN-LAIN

_____

_____

_____

_____

_____

_____

VII. KESIMPULAN

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Yogyakarta,_____2025

Mengetahui,

Kaprodi /pewawancara

Tim ULD

(…….....)

(……....)

Form 2

SURAT KETERANGAN DISABILITAS DAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL PENYANDANG DISABILITAS OLEH DOKTER ATAU PSIKOLOG SEBAGAI BAGIAN SYARAT PENDAFTARAN SELEKSI MANDIRI MAHASISWA BARU PENYANDANG DISABILITAS INSTITUT SENI INDONESIA YOGYAKARTA

Yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : _____

Jenis Kelamin : _____

Umur : _____

Tanggal Lahir : _____

Alamat : _____

_____

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional, bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai penyandang disabilitas (beri tanda centang sesuai kondisi disabilitas)

(...) Tunadaksa/disabilitas fisik

(....) Tuli/kesulitan mendengar

(.....) Autis ringan

(.....) Lainnya, yaitu.....

Berdasar dari hasil pemeriksaan, saya menyatakan bahwa yang bersangkutan dengan alat bantu dan fasilitas berupa (beri centang sesuai kondisi yang disarankan)

(....) Kursi Roda (....) Tongkat (....) Alat bantu dengar

(.....) Alat bantu lain yang disarankan, yaitu.....

(.....) Pendamping khusus bahasa isyarat/note-taker (pembuat notulensi)

(.....) Pendampingan khusus yang disarankan, yaitu .....

---

dapat mengikuti kegiatan pembelajaran beserta aktivitas perkuliahannya di perguruan tinggi.

Identitas Dokter/Psikolog

Nama beserta gelar : _____

Nomor Izin Praktik : _____

Alamat : _____

……,…… 2025

Tanda tangan dan nama terang dokter/psikolog

.....

FORM 3:

SURAT REKOMENDASI GURU SEBAGAI SYARAT PENDAFTARAN CALON MAHASISWA BARU DENGAN DISABILITAS INSTITUT SENI INDONESIA YOGYAKARTA

Nama Penyandang Disabilitas : _____

Jenis disabilitas : _____

Asal sekolah : _____

1. Sebagai guru dari yang bersangkutan, saya telah mengenalnya selama _____ tahun.
2. Berikut adalah kondisi yang dialami oleh yang bersangkutan:

Aspek	Deskripsi Hambatan	Deskripsi Kekuatan
KOGNITIF		
EMOSI		
SOSIAL		
PERILAKU		

3. Berikut adalah kondisi kesiapan belajar yang ditunjukkan oleh yang bersangkutan selama menjadi peserta didik saya:

Aspek	Baik/Cukup/Kurang	Keterangan
Motivasi belajar		
Inisiatif belajar		

Keseriusan dalam mencapai tujuan		
Kesiapan kegiatan pembelajaran di kelas		
Kemampuan adaptasi		
Kedisiplinan		
Kemandirian		
Kesiapan kegiatan di luar kelas		
Relasi antar siswa		
Literasi penggunaan teknologi (misal: penggunaan MS Office)		
Mobilitas gerak		

Berdasarkan proses interaksi saya, yang bersangkutan akan mampu mengikuti proses pembelajaran/perkuliahan di perguruan tinggi dengan dukungan berupa *(uraikan alat atau fasilitas yang penting disiapkan untuk membantu yang bersangkutan, misal kursi roda, teknologi bantu, pendamping selama proses pembelajaran atau yang lainnya)*

_____

_____

_____

_____

Saya menyatakan bahwa keterangan yang saya berikan adalah keterangan yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan. Saya bersedia memberikan keterangan lebih lanjut mengenai peserta apabila dibutuhkan melalui

- ❑ Nomor Telephone / handphone .....
- ❑ Alamat e-mail .....

Data Pemberi Rekomendasi:

Nama : _____

Profesi : _____

Institusi : _____

Tanggal : _____

Tanda tangan : _____