



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

特殊测试安排请求

请认真阅读以下说明。本表格适用于因学习障碍或任何身体、精神或心理障碍原因寻求特殊测试安排的申请人。另外，您必须提交来自医师或其他有资质的专业人员的证明文件，或者来自学校或其他机构关于之前曾经提供便利安排的证据。

第 1 部分： 个人信息

请填写完整的姓名、邮寄地址和日间电话号码。填写联系电话对我们而言非常重要，因为这样我们可以在需要额外信息或进行安排时与您联系。

第 2 部分： 考试类型

请指出您请求安排特殊测试的考试类型。**请注意：**如果您的执照类型同时要求笔试和实操考试，则您不需要针对这两门考试请求安排特殊测试。

第 3 部分： 请求分类

请指出您请求安排特殊测试的残障性质。如有其他，请注明。另外，请指出您是否需要轮椅通道。

第 4 部分： 请求的安排

请指出您请求的安排/修改。例如：额外的时间、在单独的场地考试、使用特殊装置、配备读题人或抄录员/抄写员。此处并未完整列出所有的特殊测试安排。 安排/修改必须适合于残障情形。

请以正楷填写。确保填妥所有信息。

第 1 部分： 个人信息

姓氏	名字	中间名缩写
邮寄地址（街道和门牌号）		电子邮箱
城市	州	邮编 + 4
		日间电话号码

第 2 部分： 考试类型

笔试

<input type="checkbox"/> 公证人	<input type="checkbox"/> 房屋检查	<input type="checkbox"/> 整容
<input type="checkbox"/> 房地产经纪	<input type="checkbox"/> 助听器验配师	<input type="checkbox"/> 化妆美容
<input type="checkbox"/> 房地产销售	<input type="checkbox"/> 私家侦探	<input type="checkbox"/> 修甲
<input type="checkbox"/> 安全和火灾警报安装工	<input type="checkbox"/> 监控、警卫或巡逻	<input type="checkbox"/> 自然发型设计
		<input type="checkbox"/> 脱毛

实操考试

<input type="checkbox"/> 助听器分发者	<input type="checkbox"/> 整容	<input type="checkbox"/> 修甲
<input type="checkbox"/> 理发师	<input type="checkbox"/> 化妆美容	<input type="checkbox"/> 自然发型设计

第 3 部分： 请求分类（勾选所有符合的类型）

<input type="checkbox"/> 学习障碍	<input type="checkbox"/> 身体残障	<input type="checkbox"/> 精神障碍
<input type="checkbox"/> 听力障碍	<input type="checkbox"/> 心理障碍	<input type="checkbox"/> 其他： _____
<input type="checkbox"/> 轮椅通道		_____

