

ESTADO DE NUEVA YORK  
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**COMISIÓN PARA LOS CIEGOS  
 E IMPEDIDOS DE LA VISTA**  
**SOLICITUD DE SERVICIOS**

**NOTIFICACIÓN:** Este formulario puede ser presentado por una persona que es ciega o tiene impedimentos severos de la vista, o por un individuo o agencia en nombre de la persona ciega. Por favor devuelva el formulario pronto en el sobre provisto.

Número de Inscripción:	
------------------------	--

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Número de Seguro Social:
---	--------------------------

Dirección de Calle (Apto. #):	Fecha de Nacimiento:
-------------------------------	----------------------

Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	Condado:	Número de Teléfono:
---------	---------	--------------	----------	---------------------

SI NO TIENE TELÉFONO, ¿EXISTE UN NÚMERO DONDE SE LE PUEDA ENCONTRAR? SI LO TIENE, POR FAVOR PROVÉALO:

**SERVICIOS REQUERIDOS: (Marque debajo los servicios que usted cree que necesita.)**

<input type="checkbox"/> Consejería y guía <input type="checkbox"/> Capacitación en quehaceres domésticos <input type="checkbox"/> Asistencia en la preparación y encuentro de un trabajo <input type="checkbox"/> Asistencia en mantener mi trabajo	<input type="checkbox"/> Asistencia para obtener servicios para el niño(a) nombrado arriba, quien es impedido de la vista <input type="checkbox"/> Otros servicios
---	---

CAUSA DEL IMPEDIMENTO O DISCAPACIDAD VISUAL:

EDAD EN QUE COMENZÓ:	¿TIENE ALGUNA OTRA DISCAPACIDAD?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
----------------------	--

SI LA TIENE, POR FAVOR DESCRIBALA:

**OBSERVACIONES:** Usted puede usar este espacio para proveer información adicional sobre las casillas marcadas arriba.

¿HA RECIBIDO SERVICIOS DE ESTA AGENCIA ANTERIORMENTE?       SÍ     NO

**ESTOY SOLICITANDO SERVICIOS DE LA COMISIÓN PARA CIEGOS E IMPEDIDOS DE LA VISTA DEL ESTADO DE NUEVA YORK Y ESTOY DE ACUERDO EN COOPERAR PARA OBTENER LA INFORMACIÓN QUE DETERMINARÁ MI ELEGIBILIDAD PARA ESTOS SERVICIOS.**

FIRMA DEL SOLICITANTE:	FECHA:
------------------------	--------

PADRE/MADRE O TUTOR(A) (Si el solicitante es menor de 18 años de edad.):	FECHA:
--	--------

**FAVOR DE LEER EL OTRO LADO**

**SI LA APLICACIÓN ES PRESENTADA POR OTRO INDIVIDUO O AGENCIA, COMPLETE LA SECCIÓN DE ABAJO E INCLUYA LA FIRMA DEL SOLICITANTE EN EL OTRO LADO DEL FORMULARIO.**

NOMBRE / AGENCIA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

TITULO / RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

EN VIRTUD DE LAS PROVISIONES DEL TÍTULO VI DE LOS DERECHOS CIVILES DE 1964 Y DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973, SEGÚN ENMENDADA, Y DE LOS REGLAMENTOS DICTADOS BAJO ÉSTAS, LOS SERVICIOS DE LA COMISIÓN PARA LOS CIEGOS E IMPEDIDOS DE LA VISTA DEL ESTADO DE NUEVA YORK SE LLEVAN A CABO DE MANERA QUE NINGUNA PERSONA SEA EXCLUIDA DE PARTICIPAR, SEA DENEGADA BENEFICIOS, O ESTÉ SUJETA A DISCRIMINACIÓN BAJO ESE PROGRAMA POR SU GÉNERO, RAZA, EDAD, FE RELIGIOSA, COLOR DE PIEL, LUGAR DE NACIMIENTO O IMPEDIMENTO O DISCAPACIDAD; Y ESTA AGENCIA ESTATAL ESTÁ, EN EFECTO, ADMINISTRANDO EL PROGRAMA DE ACUERDO A LA LEY Y LOS REGLAMENTOS.

EN VIRTUD DE LA SECCIÓN 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973, SEGÚN ENMENDADA, NINGÚN INDIVIDUO DISCAPACITADO O CON IMPEDIMENTOS QUE DE OTRA MANERA FUESE ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS EN LOS ESTADOS UNIDOS PODRÁ SER EXLUIDO DE PATICIPAR, DENEGADO BENEFICIOS O SUJETO A DISCRIMINACIÓN SOLAMENTE POR SU DISCAPACIDAD BAJO CUALQUIER PROGRAMA O ACTIVIDAD QUE RECIBA ASISTENCIA FINANCIERA DEL GOBIERNO FEDERAL.