

BUREAU DES SERVICES À L'ENFANCE ET AUX FAMILLES (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)  
DE L'ÉTAT DE NEW YORK

COMMISSION POUR LES AVEUGLES

**FORMULAIRE DE DEMANDE AUPRÈS DU CONSEIL DE RÉADAPTATION DE L'ÉTAT  
(STATE REHABILITATION COUNCIL, SRC)**

**Informations générales**

Nom :

Adresse :

Ville :

État :

Code postal :

Comté :

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel : @ .

**Affiliations**

La loi *Rehabilitation Act*, modifiée en 1998, prévoit que les membres du Conseil de réadaptation de l'État (SRC) représentent l'ensemble de l'État et soient en majorité des personnes aveugles ou malvoyantes, dont des défenseurs, des employeurs et des prestataires de services pour les personnes aveugles ou malvoyantes. Afin de veiller à ce que les membres du SRC constituent une représentation adéquate, veuillez cocher les catégories qui correspondent à vos affiliations.

- Conseil pour une vie autonome pour l'ensemble de l'État (Statewide Independent Living Council)
- Centre d'information et de formation des parents (Parent Training and Information Center)
- Programme d'assistance aux clients (Client Assistance Program)
- ACCES-VR
- Comité d'investissement dans la main d'œuvre (Workforce Investment Board)
- Éducation / Éducation spécialisée de l'État de New York (NYS Education / Special Education)
- Programme communautaire de réadaptation

Nom / adresse de l'organisme : \_\_\_\_\_

Activité / secteur \_\_\_\_\_

Nom/adresse de l'organisme/poste : \_\_\_\_\_

Groupe de défense des consommateurs

Nom / adresse de l'organisme : \_\_\_\_\_

Personne présentant un handicap

Type de handicap : \_\_\_\_\_

Parent/tuteur (tutrice) d'une personne présentant un handicap

Type de handicap : \_\_\_\_\_

**Aménagements**

Si vous avez besoin d'aménagements pour participer aux réunions du SRC, veuillez préciser vos besoins.

**Pièces jointes**

- Lettre de présentation : une déclaration de votre intérêt et de votre contribution au SRC, notamment en termes d'expertise, d'influence et de diversité.
- CV personnel / professionnel
- Lettres de recommandation

En apposant ma signature ci-dessous, j'atteste que toutes les informations que contient la présente demande sont vraies et exactes. Je confirme que ce formulaire est complet et que tous les documents demandés sont joints.

Signature :

Date :

**Données démographiques (facultatif) :**

Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme			
Race :	<input type="checkbox"/> Hispanique / latine	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Blanche		
	<input type="checkbox"/> Amérindien ou autochtone de l'Alaska	<input type="checkbox"/> Autochtone hawaïen ou d'autres îles du Pacifique	<input type="checkbox"/> Noir américain ou Afro-Américain		
	<input type="checkbox"/> Deux races ou plus				
Âge :	<input type="checkbox"/> 18-25	<input type="checkbox"/> 26-45	<input type="checkbox"/> 46-65	<input type="checkbox"/> 65+	
Région de l'État de New York :	<input type="checkbox"/> Ouest	<input type="checkbox"/> Centre	<input type="checkbox"/> Long Island	<input type="checkbox"/> Ville de New York	
	<input type="checkbox"/> Vallée de l'Hudson		<input type="checkbox"/> Région de la capitale (massif des Adirondacks compris)		
Handicap :	<input type="checkbox"/> Physique	<input type="checkbox"/> Sensoriel	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Aucun

Merci de renvoyer les formulaires dûment remplis et toutes les pièces jointes au responsable des relations du SRC (SRC Liaison) :

**Courrier postal** : SRC Membership, NYS Commission for the Blind  
52 Washington Street, South Building Room 201  
Rensselaer, NY 12144

**Télécopie** : 518 486 5819