

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN
STANU NOWY JORK

KOMISJA DS. OSÓB NIEWIDOMYCH

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY STANOWEJ RADY REHABILITACYJNEJ

Informacje ogólne

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Miejscowość: _____

Stan: _____

Kod pocztowy: _____

Hrabstwo: _____

Nr telefonu domowego: _____

Nr telefonu służbowego: _____

E-mail: _____ @ _____ .

Przynależność

Ustawa o rehabilitacji z 1998 roku, z późniejszymi zmianami, nakłada na Stanową Radę Rehabilitacyjną (State Rehabilitative Council, SRC) obowiązek zapewnienia przedstawicielstwa w skali całego kraju, tak aby większość członków stanowiły osoby niewidome lub niedowidzące, oraz aby wśród członków znaleźli się rzecznicy, pracodawcy i osoby świadczące usługi dla osób niewidomych lub niedowidzących. Aby pomóc w zapewnieniu właściwej reprezentacji w SRC, należy zaznaczyć kategorie, które odzwierciedlają przynależność kandydata.

- Stanowa Rada ds. Niezależnego Życia (Statewide Independent Living Council)
- Centrum Szkoleniowe i Informacyjne dla Rodziców (Parent Training and Information Center)
- Program Pomocy dla Klientów (Client Assistance Program)
- ACCES-VR
- Rada ds. Inwestycji Pracowniczych (Workforce Investment Board)
- Jednostka systemu edukacji / edukacji specjalnej NYS
- Społeczny Program Rehabilitacji (Community Rehabilitation Program)

Nazwa / adres organizacji: _____

 Biznes/przemysł

Nazwa/adres organizacji, stanowisko _____

 Grupa rzeczników praw konsumenta

Nazwa / adres organizacji: _____

 Osoba z niepełnosprawnością

Typ niepełnosprawności: _____

 Rodzic/opiekun osoby z niepełnosprawnością

Typ niepełnosprawności: _____

Udogodnienia

Jeżeli do uczestnictwa w posiedzeniach SRC niezbędne są udogodnienia, należy je opisać.

Załączniki

- List motywacyjny – umotywowanie chęci przystąpienia i określenie, co kandydat wniesie do SRC, z uwzględnieniem wiedzy fachowej, wpływów i różnorodności.
- CV osobiste/zawodowe
- List polecający

Składając podpis poniżej, oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i poprawne. Oświadczam, że niniejszy formularz jest kompletny i że załączono wszystkie wymagane dokumenty.

Podpis:

Data:

Dane demograficzne (opcjonalnie)

Płeć:	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/> Kobieta		
Rasa:	<input type="checkbox"/> Pochodzenie hiszpańskie/latynoskie	<input type="checkbox"/> Rasa azjatycka	<input type="checkbox"/> Rasa biała	
	<input type="checkbox"/> Rdzenni Amerykanie lub rdzenni mieszkańcy Alaski	<input type="checkbox"/> Rdzenni Hawajczycy lub mieszkańcy wysp Pacyfiku	<input type="checkbox"/> Rasa czarna lub pochodzenie afroamerykańskie	
	<input type="checkbox"/> Dwie rasy lub więcej			
Wiek:	<input type="checkbox"/> 18–25	<input type="checkbox"/> 26–45	<input type="checkbox"/> 46–65	<input type="checkbox"/> 65+
Region NYS:	<input type="checkbox"/> Western	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Long Island	<input type="checkbox"/> Miasto Nowy Jork
	<input type="checkbox"/> Hudson Valley	<input type="checkbox"/> Capitol Region (w tym Adirondacks)		
Niepełnosprawność:	<input type="checkbox"/> Fizyczna	<input type="checkbox"/> Sensoryczna	<input type="checkbox"/> Rozwojowa	<input type="checkbox"/> Psychiczna
				<input type="checkbox"/> Brak

Wypełnione formularze i wszystkie załączniki należy odesłać do przedstawiciela SRC:

Poczta tradycyjna: SRC Membership, NYS Commission for the Blind

52 Washington Street, South Building Room 201

Rensselaer, NY 12144

Faks: 518-486-5819