

ניו יארק סטעיט
 אפיס פון קינדער און פאמיליע סערוויסעס (Office of Children and Family Services, OCFS)
ארויסגעבן פון געהיימע אינפארמאציע
קאמיסיע פאר די בלינדע

קאנסומער נאמען:

אידענטיפיקאציע נומער:

איך טו דערמיט געבן רשות פאר די ניו יארק סטעיט קאמיסיע פאר די בלינדע (New York State Commission for the Blind, NYSCB) צו באקומען אדער ארויסגעבן די פאלגענדע אינפארמאציע ווי נויטיג צו ערפאלגרייך פלאנירן פאר און געבן פאך רעהעביליטאציע סערוויסעס צו מיר. איך קען טוישן מיין מיינונג וועגן די ארויסגעבן, אויסער פאר שריט שוין גענומען מיט מיין רשות, דורך זאגן פאר NYSCB אין שרייבן אז איך וויל נישט מער אינפארמאציע זאל ארויסגעגעבן ווערן. מיין רשות צו ארויסגעבן אדער באקומען די אינפארמאציע איז נאר גילטיג ביז _____ און קען נישט פארלענגערט ווערן מער ווי איין יאר פון די דאטום וואס איך שרייב אונטער די בויגן. די רשות וועט זיך אויך ענדיגן אויב מיין קעיס ווערט פארמאכט דורך NYSCB.

סארט פון אינפארמאציע:**צוועק און סיבה אינפארמאציע איז נויטיג:****פערזאן וואס געבט ארויס די אינפארמאציע:**

טיטל:	
ערשטע נאמען:	לעצטע:
גאס:	סוויט/אפט.:
סיטי:	סטעיט: זיפ קאוד:
אגענטור:	

פערזאן וואס באקומט די אינפארמאציע:

טיטל:	
ערשטע נאמען:	לעצטע:
גאס:	סוויט/אפט.:
סיטי:	סטעיט: זיפ קאוד:
אגענטור:	

איך פארשטיי אז די אנגעצייכענטע אינפארמאציע איז פריוואט און געהיים און פאר די אויסשליסליכע באנוץ פאר די מענטשן און אגענטורן אדער פאסיליטי ארבעטער וואס זענען פארבינדען אין מיין רעהאביליטאציע פראגראם.