

ولاية نيويورك

مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

تقرير العمى حسب تعريف القانون/الاستفسار عن معلومات

لجنة ولاية نيويورك للمكفوفين (NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND, NYSCB)

يُرجى إكمال هذه المعلومات بالكامل لتجنب التأخير في تسجيل المريض و/أو تلقي المعلومات المطلوبة. (يُرجى الكتابة بخط واضح).

تقرير العمى حسب تعريف القانون: أكمل هذا الجزء للإبلاغ عن العمى حسب تعريف القانون.

| | | | | |
|--|--------------------------|--|------------------------------------|--|
| معلومات المريض: | | | | |
| اسم العائلة: | الاسم الأول: | الحرف الأول من الاسم الأوسط | النوع | تاريخ الميلاد: / / |
| رقم الضمان الاجتماعي: | رقم الهاتف: | رقم الهاتف: () - () | | |
| عنوان الشارع: | المدينة: | الولاية: | الرمز البريدي: | المقاطعة أو المنطقة الإدارية بمدينة نيويورك: |
| مسؤول الفحص: يُرجى وضع علامة على الحالة المناسبة وسببها: | | | | |
| السبب | | الحالة | | |
| إعتام عدسة العين | <input type="checkbox"/> | العمى في كلتا العينين؛ لا يوجد إدراك حسي للضوء. | | |
| الزرق | <input type="checkbox"/> | حدة الإبصار لا تتجاوز 200/20 في أفضل العينين مع أقصى تصحيح للنظر. | | |
| جميع الأمراض الأخرى: | <input type="checkbox"/> | مجال الرؤية لا يتجاوز 20 درجة في أفضل العينين. | | |
| حالة ولادية | <input type="checkbox"/> | تتوافق حالة هذا الشخص مع التعريف القانوني للعمى لأنه مصاب بمشكلة في النظر مثل ضعف البصر القشري. ويستحيل إجراء فحص حدة الإبصار القياسي أو أن نتيجته غير موثوقة، وفي رأيي الطبي، يتوافق الإبصار الوظيفي مع التعريف القانوني للعمى. | | |
| حدث أو تسمم أو تعرض للخطر أو إصابة | <input type="checkbox"/> | لقد كانت إصابة هذا الشخص مسجلة كعمى حسب تعريف القانون، أما الآن فلا يعد مصاباً بالعمى حسب تعريف القانون. (إن كان الأمر كذلك، يُرجى وضع علامة على السبب رقم 7.) | | |
| سبب غير محدد | <input type="checkbox"/> | هذا الشخص موظف ومن المتوقع أن يُصاب بالعمى حسب تعريف القانون خلال العام. | | |
| تحسن الرؤية | <input type="checkbox"/> | | | |
| التشخيص البصري: | | | | |
| اسم عائلة مسؤول الفحص: | الاسم الأول: | مهنة مسؤول الفحص: | تاريخ الفحص: / / | |
| | | <input type="checkbox"/> اختصاصي عيون | <input type="checkbox"/> طبيب عيون | |
| | | <input type="checkbox"/> طبيب عام | | |
| عنوان الشارع: | | | | |
| المدينة: | الولاية: | الرمز البريدي: | رقم الهاتف: | () - () |
| توقيع مسؤول الفحص: X | | | | |
| للاشخاص الذين يقل عمرهم عن 18 عامًا، يلزم ذكر عنوان ولي الأمر/الوصي: | | | | |
| ولي الأمر/الوصي: اسم العائلة | | الاسم الأول: | | |
| العنوان بالتفصيل: | | | | |
| المدينة: | الولاية: | الرمز البريدي: | رقم الهاتف: | () - () |
| اسم مقدم الطلب (إذا كان شخصًا مختلفًا عن سلف ذكره): | | | | |
| مقدم الطلب: اسم العائلة | | الاسم الأول: | | |
| عنوان الشارع: | | | | |
| المدينة: | الولاية: | الرمز البريدي: | رقم الهاتف: | () - () |
| استفسار عن معلومات: يُرجى إكمال هذا الجزء إذا كان الشخص يستفسر عن معلومات من لجنة ولاية نيويورك للمكفوفين (NYSCB). | | | | |
| كيف أودي المهام المنزلية | | | | |
| كيف تستطيع لجنة NYSCB مساعدتي في الاستعداد للالتحاق بوظيفة | | | | |
| كيف تستطيع لجنة NYSCB مساعدتي في الحفاظ على وظيفتي الحالية | | | | |
| كيف تستطيع لجنة NYSCB أن تساعد في توفير الخدمات للطفل المذكور أعلاه المصاب بالعمى حسب تعريف القانون غير ذلك (يُرجى التحديد): | | | | |
| جهة التواصل (المريض/مقدم الطلب) (يُرجى الكتابة بخط واضح): | | | | |
| رقم الهاتف: | () - () | | | |

تقرير العمى حسب تعريف القانون (الجزء أ)

(يكملة اختصاصي العيون أو طبيب العيون أو أي طبيب عام آخر)

يكمل هذا القسم جميع الأشخاص الذين تنطبق عليهم واحدة على الأقل من الحالات (1-6) المذكورة في صفحة 1:

استفسار عن معلومات: (الجزء ب)

(يكمل المصاب بالعمى حسب تعريف القانون هذا الجزء أو يكملة أحد من أجله)

بالإضافة إلى إكمال الجزء أ، رجاءً اسأل مريضك عما إذا كان يواجه أي صعوبة في أداء المهام أو الأنشطة. وإذا كان يواجه صعوبة، فيرجى مساعدته في إكمال الجزء ب أو اجعله يكملة وأعلمه أن النموذج سيقدم إلى لجنة NYSCB.

قدم النموذج المستكمل إلى مكتب لجنة NYSCB المذكور أدناه الذي يخدم المقاطعة/المنطقة الإدارية التي يقيم فيها المريض. سيتم بعد ذلك التواصل مع المريض بشأن خدمات إعادة التأهيل.

| يتم الإرسال إلى: | المقاطعات التي تُقدّم لها الخدمات | يتم الإرسال إلى: | المقاطعات التي تُقدّم لها الخدمات |
|--|---|---|-----------------------------------|
| NYSCB The Atrium 100 South Salina St. Suite 105 Syracuse, NY 13202 الهاتف: (315) 423-5417 | بروم | NYSCB Ellicott Square Building 295 Main St. Suite 545 Buffalo, NY 14203 الهاتف: (716) 847-3516 | أليجاني |
| | كايوغا | | كاتاروغوس |
| | تشيونغ | | تشوتاكوا |
| | تشيونغو | | إيري |
| | كورتلاند | | جينيبي |
| | هيركامير | | ليفينغستون |
| | جيفرسون | | مونرو |
| | لويس | | نياجارا |
| | ماديسون | | أونتاريو |
| | أونيدا | | أورليانز |
| | أونونداغا | | ستوبين |
| | أوسويغو | | واين |
| | شويلر | | وايومنج |
| سينيكا | بينس | | |
| سانت لورانس (للأطفال) | | | |
| تيوغا | | | |
| تومبكينز | | | |
| NYSCB 117 East Stevens Ave. Suite 300 Valhalla, NY 10595 الهاتف: (914) 993-5370 | داتشيس | NYSCB Albany District Office 52 Washington St. Rensselaer, NY 12144 الهاتف: (518) 473-1675 | ألباني |
| | أورانج | | كلينتون |
| | بوتنام | | كولومبيا |
| | روكلاند | | ديلاوير |
| | سوليفان | | إسكس |
| | أولستر | | فرانكلين |
| | ويستشستر | | فولتون |
| | | | جرين |
| | هاميلتون | | |
| NYSCB 711 Stewart Ave. Suite 210 Garden City, NY 11530 الهاتف: (516) 743-4188 | ناسو | | مونتغمري |
| | سافولك | | أوتسيغو |
| | كوينز (المركزية والشرقية) | | رينسيلار |
| | | | ساراتوغا |
| NYSCB Maiden Lane 80 Suite 401 New York, NY 10038 الهاتف: (212) 825-5710 | المناطق الإدارية التي تُقدّم لها الخدمات | | شينيكادي |
| | بروكلين | | شوهاري |
| | مانهاتن (جميع المناطق وصولاً إلى الشارع 23) | | سانت لورانس (للبالغين) |
| | جزيرة ستاتن | | وارن |
| NYSCB 163 W. 125th St. Suite 1315 New York, NY 10027 الهاتف: (212) 961-4440 | برونكس | يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني للحصول على المزيد من المعلومات والموارد. visionloss.nv.gov | واشنطن |
| | كوينز (الغربية) | | |
| | مانهاتن (شمال الشارع 23) | | |