

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

DÉCLARATION DE CÉCITÉ LÉGALE/DEMANDE D'INFORMATIONS

COMMISSION POUR LES AVEUGLES DE L'ÉTAT DE NEW YORK (NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND, NYSCB)

Veillez fournir la totalité de ces informations afin d'éviter tout retard d'enregistrement du (de la) patient(e) et/ou de réception des informations demandées. (Veillez écrire lisiblement en lettres d'imprimerie.)

DÉCLARATION DE CÉCITÉ LÉGALE : Remplir cette partie pour déclarer une cécité légale.

PARTIE A	INFORMATIONS RELATIVE AU (À LA) PATIENT(E) :					
	NOM :		PRÉNOM :		INITIALE DU 2 ^e PRÉNOM	SEXE
	ADRESSE :				DATE DE NAISSANCE :	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
					/ /	() -
	VILLE :		ÉTAT :	CODE POSTAL :	COMTÉ OR ARRONDISSEMENT DE NEW YORK :	
			NY			
	MÉDECIN : VEUILLEZ COCHER LES TROUBLES ET LA CAUSE APPROPRIÉS CI-DESSOUS :					
	TROUBLE			CAUSE		
	1. <input type="checkbox"/> Cécité dans les deux yeux, aucune perception de la lumière.			1. <input type="checkbox"/> Cataracte		
	2. <input type="checkbox"/> Une acuité visuelle de 20/200 ou inférieure dans le meilleur des yeux avec la meilleure correction.			2. <input type="checkbox"/> Glaucome		
	3. <input type="checkbox"/> Un champ visuel de moins de 20 degrés dans le meilleur des yeux.			3. <input type="checkbox"/> Toutes les autres maladies :		
	4. <input type="checkbox"/> Cette personne remplit les critères de la définition de la cécité légale en raison d'un trouble de la vision tel qu'un affaiblissement de la réactivité corticale. Un test d'acuité visuelle standard est impossible ou n'est pas fiable et de mon avis médical, la vision fonctionnelle remplit les critères de la définition de la cécité légale.			4. <input type="checkbox"/> Maladie congénitale		
				5. <input type="checkbox"/> Accident, empoisonnement, exposition ou lésions		
	5. <input type="checkbox"/> Cette personne a été enregistrée comme étant légalement aveugle et elle n'est plus légalement aveugle. (Dans ce cas, veuillez cocher la Cause n° 7.)			6. <input type="checkbox"/> Cause non précisée		
	6. <input type="checkbox"/> Cette personne a un emploi et il est estimé qu'elle deviendra légalement aveugle dans les douze prochains mois.			7. <input type="checkbox"/> Amélioration de la vision		
DIAGNOSTIC DE VISION :						
NOM DU MÉDECIN :		PRÉNOM :		PROFESSION DU MÉDECIN :	DATE DE L'EXAMEN :	
				<input type="checkbox"/> Ophthalmologue <input type="checkbox"/> Optométriste	/ /	
				<input type="checkbox"/> Médecin généraliste		
ADRESSE :						
VILLE :		ÉTAT :	CODE POSTAL :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :		
				() -		
SIGNATURE DU MÉDECIN :						
X						
POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 18 ANS, LE NOM ET L'ADRESSE DU (DE LA) PARENT/TUTEUR(RICE) SONT OBLIGATOIRES :						
PARENT/TUTEUR(RICE) : NOM			PRÉNOM :			
ADRESSE :						
VILLE :		ÉTAT :	CODE POSTAL :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :		
				() -		
DEMANDEUR (DEMANDEUSE) (S'IL [SI ELLE] N'EST PAS LA PERSONNE INDIQUÉE CI-DESSUS) :						
DEMANDEUR (DE LA DEMANDEUSE) : NOM			PRÉNOM :			
ADRESSE :						
VILLE :		ÉTAT :	CODE POSTAL :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :		
				() -		
DEMANDE D'INFORMATIONS : remplissez cette partie si la personne concernée souhaite recevoir des informations de la Commission pour les aveugles de l'État de New York (Commission for the Blind, NYSCB).						
PARTIE B	<input type="checkbox"/> Comment je peux effectuer mes tâches ménagères <input type="checkbox"/> Comment la NYSCB peut m'aider à me préparer pour un emploi <input type="checkbox"/> Comment la NYSCB peut m'aider à conserver mon emploi actuel <input type="checkbox"/> Comment la NYSCB peut aider à fournir des services à l'enfant légalement aveugle nommé(e) ci-dessus <input type="checkbox"/> Autres services (préciser)					
	PERSONNE À CONTACTER (PATIENT[E]/DEMANDEUR [DEMANDEUSE]) (Veillez écrire en lettres d'imprimerie) :				NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : () -	

DÉCLARATION DE CÉCITÉ LÉGALE (PARTIE A)**(À compléter par l'ophtalmologue, l'optométriste ou un autre médecin)**

Cette partie doit être remplie par toutes les personnes qui remplissent au moins l'une des conditions (1-6) de la **Page 1** :

DEMANDE D'INFORMATIONS (PARTIE B)**(À compléter par ou pour le compte d'une personne légalement aveugle)**

En plus de la **partie A**, veuillez demander à votre patient(e) s'il (si elle) rencontre des difficultés à réaliser certaines tâches ou activités. Si c'est le cas, veuillez aider ou demander au (à la) patient(e) de remplir la **partie B** et l'informer que le formulaire sera envoyé à NYSCB.

Transmettez le formulaire dûment rempli au bureau de NYSCB indiqué ci-dessous, qui dessert le comté/arrondissement dans lequel réside le (la) patient(e). Le (la) patient(e) sera alors contacté(e) à propos des services de réadaptation.

<u>Comtés desservis</u>	<u>Veillez envoyer à :</u>	<u>Comtés desservis</u>	<u>Veillez envoyer à :</u>		
Allegany	NYSCB Ellicott Square Building 295 Main St. Suite 545 Buffalo, NY 14203 Téléphone : (716) 847 3516	Broome	NYSCB The Atrium 100 South Salina St. Suite 105 Syracuse, NY 13202 Téléphone : (315) 423 5417		
Cattaraugus		Cayuga			
Chautauqua		Chemung			
Erie		Chenango			
Genesee		Cortland			
Livingston		Herkimer			
Monroe		Jefferson			
Niagara		Lewis			
Ontario		Madison			
Orleans		Oneida			
Steuben		Onondaga			
Wayne		Oswego			
Wyoming		Schuyler			
Yates		Seneca			
		St. Lawrence (<i>enfants</i>)			
Albany	NYSCB Albany District Office 52 Washington St. Rensselaer, NY 12144 Téléphone : (518) 473 1675	Tioga	NYSCB 117 East Stevens Ave. Suite 300 Valhalla, NY 10595 Téléphone : (914) 993 5370		
Clinton		Tompkins			
Columbia					
Delaware		Dutchess		NYSCB 117 East Stevens Ave. Suite 300 Valhalla, NY 10595 Téléphone : (914) 993 5370	
Essex		Orange			
Franklin		Putnam			
Fulton		Rockland			
Greene		Sullivan			
Hamilton		Ulster			
Montgomery		Westchester			
Otsego					
Rensselaer		Nassau		NYSCB 711 Stewart Ave. Suite 210 Garden City, NY 11530 Téléphone : (516) 743 4188	
Saratoga		Suffolk			
Schenectady		Queens (<i>Central et Est</i>)			
Schoharie					
St Lawrence (<i>adultes</i>)					
Warren					
Washington					
				Arrondissements desservis	NYSCB 80 Maiden Lane Suite 401 New York, NY 10038 Téléphone : (212) 825 5710
		Brooklyn			
		Manhattan (<i>jusqu'à 23rd Street comprise</i>)			
		Staten Island			
		Bronx	NYSCB 163 W. 125th St. Suite 1315 New York, NY 10027 Téléphone : (212) 961 4440		
		Queens (<i>Ouest</i>)			
		Manhattan (<i>Au nord of 23rd Street</i>)			
Pour plus d'informations et de ressources, consultez notre site Internet. visionloss.nv.gov					