

UFFICIO PER I SERVIZI A MINORI E FAMIGLIE
DEL NEW YORK STATE (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

CERTIFICAZIONE DI CECITÀ CIVILE / RICHIESTA DI INFORMAZIONI

COMMISSIONE PER I NON VEDENTI DEL NEW YORK STATE (NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND, NYSCB)

Compilare tutte le sezioni per evitare ritardi nella registrazione del paziente e/o nella disponibilità delle informazioni necessarie. (Scrivere in stampatello leggibile.)

CERTIFICAZIONE DI CECITÀ CIVILE: completare questa sezione per presentare una certificazione di cecità civile.

INFORMAZIONI DEL PAZIENTE:					
COGNOME:	NOME:	INIZIALE SECONDO NOME	GENERE	DATA DI NASCITA: / /	NUMERO SSN:
INDIRIZZO:					NUMERO DI TELEFONO: () -
CITTA:	STATO: NY	CODICE POSTALE:			CONTEA O DISTRETTO DI NEW YORK:

ESAMINATORE: SPUNTARE LA CASELLA RELATIVA ALLA CONDIZIONE E ALLA CAUSA PERTINENTE:

CONDIZIONE	CAUSA
1. <input type="checkbox"/> Cecità bilaterale; nessuna percezione della luce.	1. <input type="checkbox"/> Cataratta
2. <input type="checkbox"/> Un'acuità visiva pari a 20/200 o inferiore nell'occhio migliore con il miglior grado di correzione possibile.	2. <input type="checkbox"/> Glaucoma
3. <input type="checkbox"/> Un campo visivo non superiore ai 20 gradi nell'occhio migliore.	3. <input type="checkbox"/> Altre patologie:
4. <input type="checkbox"/> Questa persona presenta una funzionalità oculare che risponde alla definizione di cecità civile poiché è affetta da disturbi visivi di natura corticale o da un'altra condizione simile. Non è possibile effettuare il test standard dell'acuità visiva oppure ottenere risultati affidabili e, secondo il mio parere medico, la funzionalità oculare di questa persona risponde alla definizione di cecità civile.	4. <input type="checkbox"/> Condizione congenita
	5. <input type="checkbox"/> Incidente, infortunio, avvelenamento o esposizione a patogeni
5. <input type="checkbox"/> Questa persona è registrata come cieco civile, ma non presenta più i requisiti necessari. (Se la persona risponde a questa definizione, spuntare la causa n. 7.)	6. <input type="checkbox"/> Causa indeterminata
6. <input type="checkbox"/> Questa persona lavora regolarmente e si prevede che diventerà cieco civile entro un anno.	7. <input type="checkbox"/> Miglioramento della vista

PARTE A

DIAGNOSI:

COGNOME DEL MEDICO ESAMINATORE:	NOME:	SPECIALIZZAZIONE DEL MEDICO ESAMINATORE: <input type="checkbox"/> Oftalmologo <input type="checkbox"/> Optometrista <input type="checkbox"/> Medico di famiglia	DATA DELLA VISITA: / /
INDIRIZZO:			
CITTA:	STATO:	CODICE POSTALE:	NUMERO DI TELEFONO: () -
FIRMA DELL'ESAMINATORE: X			

SE IL PAZIENTE HA MENO DI 18 ANNI, INDICARE NOME E INDIRIZZO DI UN GENITORE O DEL TUTORE LEGALE:

COGNOME DEL GENITORE O DEL TUTORE LEGALE:	NOME:		
INDIRIZZO:			
CITTA:	STATO	CODICE POSTALE:	NUMERO DI TELEFONO: () -

PERSONA CHE PRESENTA LA CERTIFICAZIONE (SE DIVERSA DALLA PERSONA INDICATA SOPRA):

COGNOME DEL RICHIEDENTE:	NOME:		
INDIRIZZO:			
CITTA:	STATO	CODICE POSTALE:	NUMERO DI TELEFONO: () -

RICHIESTA DI INFORMAZIONI: completare questa sezione per presentare una richiesta di informazioni alla Commissione per i non vedenti del New York State (New York State Commission for the Blind, NYSCB).

PARTE B	<input type="checkbox"/> Come posso svolgere le faccende domestiche	
	<input type="checkbox"/> Cosa può fare la NYSCB per aiutarmi a prepararmi per svolgere un lavoro	
	<input type="checkbox"/> Cosa può fare la NYSCB per aiutarmi a non perdere il lavoro che svolgo attualmente	
	<input type="checkbox"/> Quali servizi può fornire la NYSCB ai bambini o ragazzi certificati come ciechi civili indicati nelle sezioni precedenti	
	<input type="checkbox"/> Altri servizi (specificare):	
	REFERENTE DEL PAZIENTE O DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA CERTIFICAZIONE (scrivere in stampatello):	NUMERO DI TELEFONO: () -

CERTIFICAZIONE DI CECITÀ CIVILE (parte A)**(Da compilare a cura dell'oftalmologo, dell'optometrista o di un altro medico)**

È necessario completare questa sezione per tutte le persone che si trovano in almeno una delle condizioni (1-6) indicate a **pagina 1**:

RICHIESTA DI INFORMAZIONI (Parte B)**(Da compilare a cura della persona certificata come cieco civile o per conto di questa persona)**

Oltre a compilare la **parte A**, chiedere al paziente se ha difficoltà a svolgere attività lavorative, domestiche o di altro genere. In questo caso, chiedere al paziente di compilare la **parte B** o aiutarlo a compilarla, e informarlo che il modulo sarà inoltrato alla NYSCB.

Inoltrare il modulo compilato all'ufficio della NYSCB di riferimento della contea o del distretto in cui risiede il paziente tra quelli indicati di seguito. Successivamente, il paziente verrà contattato dai responsabili dei servizi di riabilitazione.

<u>Contee</u>	<u>Indirizzo di riferimento:</u>	<u>Contee</u>	<u>Indirizzo di riferimento:</u>
Allegany	NYSCB Ellicott Square Building 295 Main St. Suite 545 Buffalo, NY 14203 Telefono: (716) 847-3516	Broome	NYSCB The Atrium 100 South Salina Street Suite 105 Syracuse, NY 13202 Telefono: (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>bambini e ragazzi</i>)	
Albany	NYSCB Albany District Office 52 E. Washington St. Rensselaer, NY 12144 Telefono: (518) 473-1675	Tioga	NYSCB 117 East Stevens Ave. Suite 300 Valhalla, NY 10595 Telefono: (914) 993-5370
Clinton		Tompkins	
Columbia			
Delaware		Dutchess	
Essex		Orange	
Franklin		Putnam	
Fulton		Rockland	
Greene		Sullivan	
Hamilton		Ulster	
Montgomery		Westchester	
Otsego			
Rensselaer		Nassau	
Saratoga		Suffolk	
Schenectady		Queens (<i>centrale e orientale</i>)	
Schoharie			
St. Lawrence (<i>adulti</i>)			
Warren			
Washington			
		Distretti	
		Brooklyn	NYSCB 80 Maiden Lane Suite 401 New York, NY 10038 Telefono: (212) 825-5710
		Manhattan (<i>fino alla 23esima strada inclusa</i>)	
		Staten Island	
		Bronx	NYSCB 163 W. 125th St. Suite 1315 New York, NY 10027 Telefono: (212) 961-4440
		Queens (<i>occidentale</i>)	
		Manhattan (<i>a nord della 23esima strada</i>)	
Visita il nostro sito web per ottenere maggiori informazioni e risorse utili. visionloss.ny.gov			