

뉴욕주

아동 및 가족 복지국(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

법적 시각 장애인/정보 요청신고서

뉴욕주 시각 장애인 위원회(NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND, NYSCB)

환자 등록 및/또는 요청된 정보 수령이 지연되지 않도록 이 정보를 모두 작성하십시오. (정자체로 명확하게 기입해 주십시오.)

법적 시각 장애인 신고: 법적 시각 장애인 신고를 하려면 이 부분을 작성하십시오.

환자 정보:		기본 언어:			
성:	이름:	중간 이름 이니셜	성별	생년월일 : / /	사회 보장 번호:
도로 주소:					전화번호: () -
시:	주: NY	우편 번호:		카운티 또는 뉴욕시 자치구:	

검사: 해당하는 상태 및 원인에 체크 표시하십시오.

상태	원인
1. <input type="checkbox"/> 양쪽 눈 실명, 빛 인지 못함.	1. <input type="checkbox"/> 백내장
2. <input type="checkbox"/> 가장 잘 교정된 더 나은 눈의 시력이 20/200 이하인 경우.	2. <input type="checkbox"/> 녹내장
3. <input type="checkbox"/> 더 나은 눈의 시야각이 20 도 이하인 경우.	3. <input type="checkbox"/> 기타 모든 질병:
4. <input type="checkbox"/> 이 사람은 피질 시각 장애와 같은 시력 상태로 인해 법적 시각 장애인의 정의에 따라 기능합니다. 표준 시력 검사는 불가능하거나 신뢰할 수 없으며, 제 의학적 견해로는 기능적 시력이 법적 시각 장애인의 정의를 충족합니다.	4. <input type="checkbox"/> 선천적 조건
	5. <input type="checkbox"/> 사고, 중독, 노출 또는 부상
5. <input type="checkbox"/> 이 사람은 법적으로 시각 장애인으로 등록되었으며, 이제 법적으로 시각 장애인이 아닙니다 . (해당한다면 원인 7 번을 확인해 주십시오.)	6. <input type="checkbox"/> 불특정한 원인
6. <input type="checkbox"/> 이 사람은 고용된 상태이며 올해 안에 법적으로 시각 장애인이 될 것으로 예상됩니다.	7. <input type="checkbox"/> 개선된 시력

파트 A

시력 진단:

검사관 성:	이름:	검사관의 직업: <input type="checkbox"/> 안과 의사 <input type="checkbox"/> 검안사 <input type="checkbox"/> 의사	검사 날짜: / /
--------	-----	--	---------------

도로 주소:				
시:	주:	우편 번호:	전화번호: () -	

검사자 서명:

X

18 세 미만인 개인의 경우 부모/보호자의 이름과 주소가 필요합니다.

부모/보호자: 성		이름:		
도로 주소:				
시:	주:	우편 번호:	전화번호: () -	

제출자 이름(위와 다를 경우)

제출자: 성		이름:		
도로 주소:				
시:	주:	우편 번호:	전화번호: () -	

정보 요청: 개인이 뉴욕주 시각 장애인 위원회(NYSCB)에서 정보를 찾는 경우 이 섹션을 작성하십시오.

파트 B	<input type="checkbox"/> 집안일을 수행하는 방법 <input type="checkbox"/> NYSCB 가 취업을 준비하는 데 도움을 주는 방법 <input type="checkbox"/> NYSCB 가 현재 직업을 유지하는 데 도움을 주는 방법 <input type="checkbox"/> NYSCB 가 위에 명시된 법적 시각 장애인 아동에게 서비스를 제공하는 데 도움을 주는 방법 <input type="checkbox"/> 기타 서비스(상세 기술):	
	연락 가능한 사람(환자/제출자) (정자체 기재):	
		전화번호: () -

