URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN
STANU NOWY JORK

ZGŁOSZENIE STATUSU OSOBY NIEWIDOMEJ PRAWNIE / WNIOSEK O UDZIELENIE INFORMACJI

KOMISJA DS. OSÓB NIEWIDOMYCH STANU NOWY JORK (NYSCB)

Należy podać wszystkie informacje, aby uniknąć opóźnień na etapie rejestracji pacjenta i/lub odbioru żądanych informacji. (Prosimy pisać wyraźnie, drukowanymi literami).

ZGŁOSZENIE STATUSU OSOBY NIEWIDOMEJ PRAWNIE: Należy wypełnić tę część, aby zgłosić status osoby niewidomej prawnie.

CZĘŚĆ A

DANE PACJENTA:

NAZWISKO:	IMIĘ:	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA:	PŁEĆ:	DATA URODZENIA: / /	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO:

ULICA:	NUMER TELEFONU: ( ) –

MIEJSCOWOŚĆ:	STAN: NY	KOD POCZTOWY:	HRABSTWO LUB OKRĘG NYC:

OSOBA PRZEPROWADZAJĄCA BADANIE: ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNI WARUNEK I PRZYCZYNĘ:

WARUNEK	PRZYCZYNA
1. ☐ Utrata wzroku w obu oczach; brak percepcji światła.	1. ☐ Zaćma
2. ☐ Ostrość widzenia 20/200 lub mniejsza w lepszym oku przy najlepszej korekcji.	2. ☐ Jaskra
3. ☐ Pole widzenia nie większe niż 20 stopni w lepszym oku.	3. ☐ Wszystkie pozostałe choroby:
4. ☐ Osoba ta funkcjonuje na poziomie definicji prawnej utraty wzroku z powodu choroby wzroku, takiej jak korowe zaburzenie widzenia. Standardowe badanie ostrości wzroku jest niemożliwe lub niewiarygodne, a według mojej opinii medycznej, widzenie funkcjonalne spełnia definicję prawnej utraty wzroku.	4. ☐ Wady wrodzone 5. ☐ Wypadek, zatrucie, narażenie na działanie szkodliwych czynników lub uraz
5. ☐ Osoba ta została zarejestrowana jako prawnie niewidoma, ale obecnie **nie** ma takiego statusu (w takim przypadku należy zaznaczyć przyczynę nr 7).	6. ☐ Nieokreślona przyczyna
6. ☐ Osoba ta jest zatrudniona i oczekuje się, że w ciągu roku otrzyma status osoby niewidomej prawnie.	7. ☐ Poprawa wzroku

DIAGNOZA:

NAZWISKO OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ BADANIE:	IMIĘ:	ZAWÓD OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ BADANIE: ☐ Okulista ☐ Optometrysta ☐ Lekarz	DATA BADANIA: / /

ULICA:

MIEJSCOWOŚĆ:	STAN:	KOD POCZTOWY:	NUMER TELEFONU: ( ) –

PODPIS OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ BADANIE:
X

W PRZYPADKU OSÓB PONIŻEJ 18. ROKU ŻYCIA NALEŻY PODAĆ IMIĘ, NAZWISKO I ADRES RODZICA/OPIEKUNA:

RODZIC/OPIEKUN: NAZWISKO:	IMIĘ:

ULICA:

MIEJSCOWOŚĆ:	STAN:	KOD POCZTOWY:	NUMER TELEFONU: ( ) –

ZGŁASZAJĄCY (JEŚLI INNA OSOBA NIŻ PODANE POWYŻEJ):

ZGŁASZAJĄCY: NAZWISKO:	IMIĘ:

ULICA:

MIEJSCOWOŚĆ:	STAN:	KOD POCZTOWY:	NUMER TELEFONU: ( ) –

WNIOSEK O UDZIELENIE INFORMACJI: Wypełnić poniższą część, jeżeli dana osoba ubiega się o informacje z Komisji ds. Osób Niewidomych stanu Nowy Jork (New York State Commission for the Blind, NYSCB).

CZĘŚĆ B

☐ Jak mogę wykonywać obowiązki domowe
☐ Jak NYSCB może mi pomóc w przygotowaniu do pracy
☐ Jak NYSCB może mi pomóc w utrzymaniu obecnej pracy
☐ Jak NYSCB może pomóc w świadczeniu usług dla wyżej wymienionego prawnie niewidomego dziecka
☐ Inne usługi (należy określić):

OSOBA DO KONTAKTU (PACJENT/ZGŁASZAJĄCY) (drukowanymi literami):	NUMER TELEFONU: ( ) –

ZGŁOSZENIE STATUSU OSOBY NIEWIDOMEJ PRAWNIE (Część A)

(Okulista, optometrysta lub inny lekarz)

Tę część należy wypełnić, jeżeli dana osoba spełnia co najmniej jeden z warunków (1-6) wymienionych na **stronie 1**:

WNIOSEK O UDZIELENIE INFORMACJI (Część B)

(Uzupełnia osoba niewidoma prawnie lub inna osoba w jej imieniu)

Oprócz wypełnienia **części A** należy zapytać pacjenta, czy ma jakiekolwiek trudności z wykonywaniem zadań lub czynności. Jeżeli występują trudności, należy poprosić pacjenta o wypełnienie **części B** i poinformować, że formularz zostanie przekazany do NYSCB.

Wypełniony formularz należy przekazać do wymienionego poniżej biura NYSCB, które obsługuje hrabstwo/okręg, w którym mieszka pacjent. NYSCB skontaktuje się z pacjentem w sprawie usług rehabilitacyjnych.

Obsługiwane hrabstwa	Wysłać na adres:
Allegany	**NYSCB Ellicott Square Building 295 Main St. Suite 545 Buffalo, NY 14203 Nr tel.: (716) 847-3516**
Cattaraugus	
Chautauqua	
Erie	
Genesee	
Livingston	
Monroe	
Niagara	
Ontario	
Orleans	
Steuben	
Wayne	
Wyoming	
Yates	
Albany	**NYSCB Albany District Office 52 Washington St. Rensselaer, NY 12144 Nr tel.: (518) 473-1675**
Clinton	
Columbia	
Delaware	
Essex	
Franklin	
Fulton	
Greene	
Hamilton	
Montgomery	
Otsego	
Rensselaer	
Saratoga	
Schenectady	
Schoharie	
St. Lawrence *(dorośli)*	
Warren	
Washington	

Obsługiwane hrabstwa	Wysłać na adres:
Broome	**NYSCB The Atrium 100 South Salina St. Suite 105 Syracuse, NY 13202 Nr tel.: (315) 423-5417**
Cayuga	
Chemung	
Chenango	
Cortland	
Herkimer	
Jefferson	
Lewis	
Madison	
Oneida	
Onondaga	
Oswego	
Schuyler	
Seneca	
St Lawrence *(dzieci)*	
Tioga	
Tompkins	
Dutchess	**NYSCB 117 East Stevens Ave. Suite 300 Valhalla, NY 10595 Nr tel.: (914) 993-5370**
Orange	
Putnam	
Rockland	
Sullivan	
Ulster	
Westchester	
Nassau	**NYSCB 711 Stewart Ave. Suite 210 Garden City, NY 11530 Nr tel.: (516) 743-4188**
Suffolk	
Queens *(centralne i wschodnie)*	
Obsługiwane okręgi	**NYSCB 80 Maiden Lane Suite 401 New York, NY 10038 Nr tel.: (212) 825-5710**
Brooklyn	
Manhattan *(do 23rd St. włącznie)*	
Staten Island	
Bronx	**NYSCB 163 W. 125th St. Suite 1315 New York, NY 10027 Nr tel.: (212) 961-4440**
Queens *(zachodnie)*	
Manhattan *(na północ od 23rd St.)*	

Więcej informacji i zasobów można znaleźć na naszej stronie internetowej:
visionloss.nv.gov