

紐約州

兒童和家庭服務辦公室 (Office of Children and Family Services)

法定失明報告/資訊申請

紐約州視障者委員會 (New York State Commission for the Blind, NYSCB)

請完整填寫資訊, 以免延遲患者登記和/或接收所申請的資訊。(請以正楷清楚填寫)

法定失明報告: 請填寫此部分, 上報法定失明情況。

A 部分:	患者資訊:					
	姓氏:		名字:	中間名首字母縮寫	性別	出生日期: / /
	街道地址:					社會安全號碼: () -
	城市:		州: 紐約州	郵遞區號:		郡縣或紐約市行政區:
	評估者: 請勾選相應的狀況與原因:					
	狀況			原因		
	1. <input type="checkbox"/> 雙目失明, 無光覺。			1. <input type="checkbox"/> 白內障		
	2. <input type="checkbox"/> 經過最佳矯正後, 情況較好的眼睛視力不超過 20/200。			2. <input type="checkbox"/> 青光眼		
	3. <input type="checkbox"/> 情況較好的眼睛視野最寬直徑對角不超過 20 度。			3. <input type="checkbox"/> 所有其他疾病:		
	4. <input type="checkbox"/> 此人由於患有皮質性視覺障礙之類的視力疾病, 符合法定失明的定義。無法完成標準視力測試或測試結果不可靠, 從醫學角度來看, 此功能性視力符合法定失明的定義。			4. <input type="checkbox"/> 先天性疾病		
				5. <input type="checkbox"/> 意外事故、中毒、受凍或受傷		
	5. <input type="checkbox"/> 此人過去登記為法定失明人士, 但現在並非法定失明人士。 (如此條適用, 請勾選第 7 項病因)			6. <input type="checkbox"/> 不明原因		
	6. <input type="checkbox"/> 此人已就業, 預計將在一年內成為法定失明人士。			7. <input type="checkbox"/> 視力提高		
	視力診斷:					
	評估者姓氏:		名字:		評估者職業: <input type="checkbox"/> 眼科醫師 <input type="checkbox"/> 驗光師 <input type="checkbox"/> 醫師	
評估日期: / /						
街道地址:						
城市:		州:	郵遞區號:		電話號碼: () -	
評估者簽名: X						
未滿 18 歲的人士需提供家長/監護人的姓名和地址:						
家長/監護人: 姓氏:			名字:			
街道地址:						
城市:		州:	郵遞區號:		電話號碼: () -	
提交人 (如與上述內容不同):						
提交人姓氏:			名字:			
街道地址:						
城市:		州:	郵遞區號:		電話號碼: () -	
資訊申請: 如果個人正在向紐約州視障者委員會 (NYSCB) 尋求資訊, 請填寫本部分。						
B 部分:	<input type="checkbox"/> 我可以如何做家務 <input type="checkbox"/> NYSCB 可以如何幫助我進行就業準備 <input type="checkbox"/> NYSCB 可以如何幫助我繼續留任目前的工作 <input type="checkbox"/> NYSCB 可以如何協助為上述法定失明兒童提供服務 <input type="checkbox"/> 其他服務 (請註明):					
	聯絡人 (患者/提交人) (請以正楷填寫):					電話號碼: () -

法定失明報告 (A 部分)

(由眼科醫師、驗光師或其他醫師填寫)

滿足至少一項第 1 頁所列狀況 (1-6) 的所有人員均須填寫本部分：

資訊申請 (B 部分)

由法定失明人士填寫或為法定失明人士填寫

除填寫 A 部分外，請詢問您的患者在執行任務或活動時是否遇到任何困難。如患者遇到困難，請協助他們或讓其填寫 B 部分並告知他們本表單將會轉交至 NYSCB。

將填妥的表單轉交至下方為該患者所居住郡縣/行政區提供服務的 NYSCB 辦公室。後期將會與患者聯絡商談康復服務。

所服務郡縣：	傳送至：	所服務郡縣：	傳送至：	
Allegany	NYSCB Ellicott Square Building 295 Main St. Suite 545 Buffalo, NY 14203 電話：(716) 847-3516	Broome	NYSCB The Atrium 100 South Salina St. Suite 105 Syracuse, NY 13202 電話：(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 (兒童)
Albany	NYSCB Albany District Office 52 Washington St., Rensselaer, NY 12144 電話：(518) 473-1675	Tioga	NYSCB 117 East Stevens Ave. Suite 300 Valhalla, NY 10595 電話：(914) 993-5370	
Clinton		Tompkins		
Columbia				
Delaware		Dutchess		NYSCB 711 East Stevens Ave. Suite 300 Valhalla, NY 10595 電話：(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 電話：(516) 743-4188
Saratoga		Suffolk		
Schenectady		Queens (中部與東部)		
Schoharie				
St. Lawrence (成人)				
Warren				
Washington				
		所服務的行政區：	NYSCB 80 Maiden Lane Suite 401 New York, NY 10038 電話：(212) 825-5710	
		Brooklyn		
		Manhattan (一直到且包括 23 rd St.)		
		Staten Island		
如需其他資訊，請造訪我們的網站。 visionloss.nv.gov		Bronx	NYSCB 163 W. 125th St. Suite 1315 New York, NY 10027 電話：(212) 961-4440	
		Queens (西部)		
		Manhattan (23 rd St. 北部)		