

نیو یارک اسٹیٹ

آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز

قانونی اندھے پن کی رپورٹ / معلومات کے لیے درخواست

(NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND, NYSCB) نیو یارک اسٹیٹ کمیشن فار بلائنڈ

مریض کی رجسٹریشن اور/یا درخواست کی گئی معلومات کی وصولی میں تاخیر سے بچنے کے لیے براہ کرم اس معلومات کو مکمل کریں۔ (براہ کرم جلی حروف میں واضح طور پر لکھیں۔)

قانونی اندھے پن کی رپورٹ: قانونی اندھے پن کی اطلاع دینے کے لیے اس حصے کو مکمل کریں۔

مریض کی معلومات:				بنیادی زبان:	
آخری نام:	پہلا نام:	درمیانی نام:	جنس:	تاریخ پیدائش:	سوشل سیکورٹی نمبر:
گلی کا پتہ:	فون نمبر: () - ()				
شہر:	ریاست:	زپ کوڈ:	کاؤنٹی یا NYC کا بورو:		

معائنہ کار: براہ کرم مناسب حالت اور وجہ چیک کریں:

وجہ	حالت
1. <input type="checkbox"/> دونوں آنکھوں میں اندھا پن؛ روشنی کا کوئی تصور نہیں۔	1. <input type="checkbox"/> موتیا بند
2. <input type="checkbox"/> بہترین اصلاح کے ساتھ بہتر آنکھ میں 200/20 یا اس سے کم کی بصری اصلاح۔	2. <input type="checkbox"/> گلوکوما
3. <input type="checkbox"/> بہترین آنکھ میں 20 ڈگری سے زیادہ کی وژول فیلڈ۔	3. <input type="checkbox"/> دیگر تمام بیماریاں:
4. <input type="checkbox"/> اس شخص پر بینائی کی حالت جیسے کارٹیکل وژول خرابی کی وجہ سے قانونی اندھے پن کی تعریف صادق آتی ہے۔ معیاری ایکوتی ٹیسٹنگ ناممکن یا ناقابل اعتبار ہے اور، میری طبی رائے میں، فعال بینائی قانونی اندھے پن کی تعریف پر پورا اترتی ہے۔	4. <input type="checkbox"/> پیدائشی حالت
5. <input type="checkbox"/> یہ شخص قانونی طور پر نابینا ہے اور اب قانونی طور پر نابینا نہیں ہے۔ (اگر ایسا ہے تو، براہ کرم وجہ نمبر 7 کو نشان زد کریں۔)	5. <input type="checkbox"/> حادثہ، زہر، لگ جانا، یا چوٹ
6. <input type="checkbox"/> یہ شخص ملازم ہے اور توقع کی جاتی ہے کہ وہ ایک سال کے اندر قانونی طور پر نابینا ہو جائے گا۔	6. <input type="checkbox"/> غیر واضح وجہ
	7. <input type="checkbox"/> بہتر بینائی

بینائی کی تشخیص:

معائنہ کار کا آخری نام:	پہلا نام:	معائنہ کار کا پیشہ:	اوقفالمولوجسٹ <input type="checkbox"/>	ایٹومیٹرسٹ <input type="checkbox"/>	معائنہ کی تاریخ:
گلی کا پتہ:					
شہر:	ریاست:	زپ کوڈ:	فون نمبر:	() - ()	

معائنہ کار کا دستخط:

18 سال سے کم عمر کے افراد کے لیے، والدین/سرپرست کا نام اور پتہ درکار ہے:

والدین/سرپرست: آخری نام:	پہلا نام:		
گلی کا پتہ:			
شہر:	ریاست:	زپ کوڈ:	فون نمبر:

جمع کرائے والا (اگر درخواست دہندہ مذکورہ بالا سے مختلف ہو):

جمع کرائے والا: آخری نام:	پہلا نام:		
گلی کا پتہ:			
شہر:	ریاست:	زپ کوڈ:	فون نمبر:

معلومات کی درخواست: اگر فرد نیو یارک اسٹیٹ کمیشن فار دی بلائنڈ (New York State Commission for the Blind, NYSCB) سے معلومات حاصل کر رہا ہے تو اس سیکشن کو مکمل کریں۔

<input type="checkbox"/>	میں گھریلو کام کیسے انجام دے سکتا ہوں
<input type="checkbox"/>	NYSCB ملازمت کے حصول کی تیاری میں میری مدد کیسے کر سکتا ہے
<input type="checkbox"/>	میری حالیہ ملازمت کو برقرار رکھنے میں NYSCB میری مدد کیسے کر سکتا ہے
<input type="checkbox"/>	NYSCB مذکورہ قانونی طور پر نابینا بچے کو خدمات فراہم کرنے میں کس طرح مدد کر سکتا ہے
<input type="checkbox"/>	دیگر خدمات (وضاحت کریں):
رابطہ شخص (مریض/جمع کرائے والا) (براہ کرم جلی حروف میں لکھیں):	فون نمبر: () - ()

