

স্ক্রিন রিডার ব্যবহারকারী - নির্দেশাবলী এবং কন্টেন্ট পড়ার জন্য উপর ও নিচের দিকের তীরচিহ্নযুক্ত-কী ব্যবহার করুন। তারপরে, পূরণ করা যায় এমন টেবিল ফিল্ডগুলির মধ্যে নেভিগেট করার জন্য ট্যাব-কী ব্যবহার করুন।

### নিউ ইয়র্ক স্টেট

শিশু ও পরিবার সেবা অফিস (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)

### দৃষ্টিহীনের জন্য কমিশন

### পরিষেবার জন্য আবেদন

**বিজ্ঞপ্তি:** এই ফর্মটি এমন একজন জমা দিয়ে থাকতে পারেন যিনি অন্ধ বা দৃষ্টি প্রতিবন্ধী বা অথবা সেই ব্যক্তির হয়ে কোনও ব্যক্তি বা এজেন্সি। যদি এই ফর্মটি ডাকযোগে পাঠিয়ে থাকেন, তাহলে এটিকে আগে থেকে ঠিকানা লেখা প্রদত্ত খামে ভরে ফেরত পাঠান। আপনি এই ফর্মটি অনলাইনে পূরণ করলে, অনুগ্রহ করে ফর্মটি পূরণ করার পরে সেভ করার জন্য "ফর্ম সেভ করুন" বোতামটি বেছে নিন। আপনি এই ফর্মটির প্রিন্ট আউট নিয়ে সেটি হাতে লিখেও পূরণ করতে পারেন। তারপরে ফর্মটি মেল করে পাঠান বা আপনার নিকটস্থ জেলা অফিসে ফর্মটি জমা দেওয়ার জন্য "এখানে জমা দিন" বোতাম প্রেস করে ইলেকট্রনিকভাবে ফর্মটি জমা দিন।

### আবেদনকারীর তথ্য

সম্পূর্ণ নাম	মধ্য নামের আদ্যক্ষর: পদবি:	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর:		
রাস্তার ঠিকানা ( অ্যাপার্টমেন্টের নম্বর অন্তর্ভুক্ত করুন ):		জন্মতারিখ:		
শহর:	স্টেট: <b>নিউ ইয়র্ক স্টেট</b>	জিপ কোড:	কাউন্টি:	(এলাকার কোড) টেলিফোন নম্বর:
যদি ফোন না থাকে, তাহলে কি কোনও নম্বর আছে যেখানে আবেদনকারী বা আবেদনকারীর পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে যোগাযোগ করা যাবে? হ্যাঁ না যদি থাকে, তাহলে ফোন নম্বর লিখুন:			ইমেল আবেদনকারী অথবা পিতামাতা/অভিভাবক:	
যোগাযোগ করার জন্য পছন্দসই ফর্ম্যাট? (ফোন, ইমেল, ইউএস মেল, ইত্যাদি) তালিকা থেকে নির্বাচন করুন				
আবেদনকারী কি আগে দৃষ্টিহীনের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশনের (New York State Commission for the Blind, NYSCB) থেকে পরিষেবা পেয়েছে? হ্যাঁ না				
আবেদনকারীর কী NYSCB আই রেজিস্ট্রেশন নম্বর আছে? হ্যাঁ না				
যদি থাকে, তাহলে আবেদনকারীর কী NYSCB আই রেজিস্ট্রেশন নম্বর লিখুন:				

### আবেদনকারীর যেসব পরিষেবা প্রয়োজন (প্রয়োজ্য সবকটিতে টিকচিহ্ন দিন।)

কাউন্সেলিং এবং নির্দেশনা <input type="checkbox"/>
পারিবারিক কাজকর্ম করার জন্য প্রশিক্ষণ <input type="checkbox"/>
কোনও চাকরির প্রস্তুতি এবং/অথবা অনুসন্ধান সহায়তা <input type="checkbox"/>
বর্তমান চাকরি বজায় রাখার বিষয়ে সহায়তা <input type="checkbox"/>
উপরে উল্লিখিত নামের খারাপ দৃষ্টিশক্তিসম্পন্ন শিশুর জন্য পরিষেবাগুলি অর্জনে সহায়তা <input type="checkbox"/>
অন্যান্য পরিষেবা <input type="checkbox"/>

### আবেদনকারীর ইতিহাস

দৃষ্টিশক্তি অবনতির কারণ:	
শুরু হওয়ার বয়স _____	আবেদনকারীর কি অন্য কোনও প্রতিবন্ধকতা আছে? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন:	

--

যদি ইলেকট্রনিক উপায়ে জমা হয় এবং স্বাক্ষর করতে না পারেন, স্বাক্ষর বিভাগে বড় হাতের হবফে নাম এবং তারিখ লিখুন।

আমি দৃষ্টিহীনের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন (NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND)-এর থেকে পরিষেবাদের জন্য আবেদন করছি এবং পরিষেবাদি পাওয়ার জন্য আমার যোগ্যতা নির্ধারণে তথ্য পাওয়ার ক্ষেত্রে সহযোগিতা করার জন্য সম্মতি জানাচ্ছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর:	তারিখ
পিতামাতা/অভিভাবকের ছাপানো নাম যদি আবেদনকারীর বয়স 18 বছরের কম হয়:	
পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর:	তারিখ:

যদি আবেদনকারী বা আবেদনকারীর পিতামাতা/অভিভাবকের বদলে অন্য কেউ আবেদন জমা করে, তখন অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত পূরণ করুন এবং আবেদনকারী বা আবেদনকারীর পিতামাতা/অভিভাবককে দিয়ে সই করিয়ে নিন:

**আবেদনকারী স্বতন্ত্র ব্যক্তি:**

প্রথম নাম:	পদবি:	
পদ/আবেদনকারীর সঙ্গে সম্পর্ক:		
যে জমা দিয়েছে তার স্বাক্ষর:		
এজেন্সি (প্রযোজ্য হলে):		
রাস্তার জমাদানকারী বা এজেন্সির ঠিকানা:		
শহর:	স্টেট:	জিপ কোড:
(জমা দেওয়া ব্যক্তির অঞ্চলের কোড এবং ফোন নম্বর:		

**বিজ্ঞপ্তি:** ফর্মটি সেভ করার বোতাম শুধুমাত্র Adobe Acrobat বা Acrobat Reader-এর মধ্যে উপলভ্য। ফর্মটি যদি কোনও ইন্টারনেট ব্রাউজারে খোলা হয়, তাহলে ফর্মের তথ্য সেভ করার জন্য ব্রাউজারের মধ্যে থাকা "Save As" ফাংশনটি ব্যবহার করুন। ফর্মটি সেভ করার পরে, আপনার নিকটস্থ জেলা অফিসে জমা করার জন্য পৃষ্ঠা 3-তে যান।

**ফর্ম সেভ করুন**

## ডিস্ট্রিক্ট ম্যানেজারের ইমেল সহ ডিস্ট্রিক্ট অফিস

অ্যালবানি - নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন ফর দ্য রাইন্ড, 52 Washington Street, Room 202 South Building, Rensselaer, NY 12144

ইমেইল: [Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov](mailto:Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov) ফোন: (518) 473-1675

অ্যালবানিতে জমা দিন

সিরাকিউজে - নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন ফর দ্য রাইন্ড, The Atrium, 100 South Salina Street, Suite 105, Syracuse, NY 13202 ইমেইল: [Christine.Kearney@ocfs.ny.gov](mailto:Christine.Kearney@ocfs.ny.gov) ফোন: (315) 423-5417

সিরাকিউজে জমা দিন

ব্যাফেলো - নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন ফর দ্য রাইন্ড, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590, মেইল মেইল করুন: Suite 545, Buffalo, NY 14203

ইমেইল: [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov) ফোন: (716) 847-3516

ব্যাফেলো জমা দিন

রচেস্টারে - নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন ফর দ্য রাইন্ড - Outstation, 259 Monroe Avenue, Suite 303, Rochester, NY 14607 ইমেইল: [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov) ফোন: (585) 238-8110

রচেস্টারে জমা দিন

ওয়েস্টচেস্টারে - নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন ফর দ্য রাইন্ড, 117 East Stevens Avenue, Suite 300, Valhalla, NY 10595 ইমেইল: [Daniel.Diaz@ocfs.ny.gov](mailto:Daniel.Diaz@ocfs.ny.gov) ফোন: (914) 993-5370

ওয়েস্টচেস্টারে জমা দিন

হারলেমের কাছে - নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন ফর দ্য রাইন্ড, Adam Clayton Powell Jr. State Office Building, 163 West 125th Street, Suite 1315, New York, NY 10027

ইমেইল: [Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov](mailto:Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov) ফোন: (212) 961-4440

হারলেমের কাছে জমা দিন

লোয়ার ম্যানহাটনে - নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন ফর দ্য রাইন্ড, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, NY 10038 ইমেইল: [Brian.Pinto@ocfs.ny.gov](mailto:Brian.Pinto@ocfs.ny.gov) ফোন: (212) 825-5710

লোয়ার ম্যানহাটনে জমা দিন

গার্ডেন সিটিতে - নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন ফর দ্য রাইন্ড, 711 Stewart Avenue, Suite 210, Garden City, NY 11530 ইমেইল: [Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov](mailto:Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov) ফোন: (516) 743-4188

গার্ডেন সিটিতে জমা দিন

1973 সালের সংশোধিত পুনর্বাসন আইন, 1964 সালের নাগরিক অধিকার আইনের শিরোনাম VI এর প্রবিধান এবং এর অধীনে জারি করা বিধিনিয়ম অনুসারে, নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন ফর দ্য রাইন্ডের পরিষেবাগুলি জাতি, লিঙ্গ, রঙ, জাতীয় উত্স, অক্ষমতা, ধর্ম, বয়স, যৌন অভিমুখ, লিঙ্গগত পরিচয় এবং/অথবা অভিব্যক্তি, বা পিতামাতা সংক্রান্ত স্ট্যাটাসের ভিত্তিতে ভেদাভেদ করে না বা যুক্তরাষ্ট্রীয়ভাবে পরিচালিত শিক্ষা বা প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম বা কার্যকলাপে অংশগ্রহণ করার ক্ষেত্রে বাধা প্রদান করা হবে না, এর সুবিধাগুলি থেকে বঞ্চিত করা হবে না বা কোনও রকম ভেদাভেদ করা হবে না।

1973 সালের সংশোধিত পুনর্বাসন আইনের ধারা 504 অনুসারে, এই শিরোনামের ধারা 705 (20)-এ উল্লেখ করা অনুযায়ী মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে অক্ষমতায় আক্রান্ত কোনও যোগ্য ব্যক্তিকে, শুধুমাত্র তার অক্ষমতার কারণে, যুক্তরাষ্ট্রীয় আর্থিক সহায়তা প্রাপ্ত কোনও কর্মসূচি বা কার্যকলাপ বা কোনও নির্বাহী সংস্থা বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের ডাক পরিষেবা দ্বারা পরিচালিত কোনও কর্মসূচি বা কার্যকলাপে অংশগ্রহণ করার ক্ষেত্রে বাধা দেওয়া, সুবিধা থেকে বঞ্চিত করা বা ভেদাভেদ করা হবে না।