

Utilisateurs du lecteur d'écran - Utilisez les touches directionnelles vers le haut et vers le bas pour lire les instructions et les contenus, puis utilisez la touche Tab pour vous déplacer dans les champs à remplir du tableau.

**ÉTAT DE NEW YORK**  
**BUREAU DES SERVICES À L'ENFANCE ET AUX FAMILLES**  
**(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)**  
**COMMISSION POUR LES AVEUGLES**  
**DEMANDE DE SERVICE**

**AVIS :** Ce formulaire peut être présenté par une personne aveugle ou malvoyante, ou par une autre personne ou une agence au nom de cette personne. Si vous avez reçu ce formulaire par la poste, veuillez le retourner dans l'enveloppe préadressée jointe. Si vous remplissez ce formulaire en ligne, veuillez le remplir et sélectionner le bouton « Enregistrer le formulaire » pour l'enregistrer. Vous pouvez également imprimer ce formulaire et le remplir à la main. Envoyez ensuite le formulaire par courrier postal, ou par courrier électronique au moyen du bouton « Envoyer à », au bureau de district le plus proche, que vous trouverez dans la liste à la page 3.

**INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR/À LA DEMANDEUSE**

Prénom complet :	Initiale du second prénom :	Nom de famille :	Numéro de sécurité sociale :
Adresse (avec le numéro d'appartement) :			Date de naissance :
Ville :	État : État de New York	Code postal :	Comté : (Indicatif régional) Numéro de téléphone :
S'il/elle n'a pas de téléphone, y a-t-il un numéro où le demandeur/la demandeuse, ou le parent (ou tuteur/tutrice) peut être joint(e) ? Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez indiquer ce numéro de téléphone :		E-mail du demandeur/de la demandeuse ou du parent (ou tuteur/tutrice) :	
Format préféré pour la correspondance ? (téléphone, e-mail, courrier postal, etc.) Sélectionnez dans la liste.			
Le demandeur/la demandeuse a-t-il/elle déjà bénéficié de services de la Commission pour les aveugles de l'État de New York (New York State Commission for the Blind, NYSCB) ? Oui Non			
Le demandeur/la demandeuse a-t-il/elle un numéro d'enregistrement oculaire NYSCB ? Oui Non			
Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir le numéro d'enregistrement oculaire NYSCB du demandeur/de la demandeuse :			

**SERVICES REQUIS PAR LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE**  
**(cochez toutes les réponses applicables)**

Conseil et orientation Formation à l'exécution des tâches ménagères Aide à la préparation à un emploi ou à la recherche d'un emploi Aide au maintien de l'emploi actuel Aide à l'obtention de services pour l'enfant malvoyant(e) susmentionné(e) Autres services
--

**HISTORIQUE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE**

Cause de la déficience visuelle :	
Âge au moment de l'apparition _____	Le demandeur/la demandeuse a-t-il/elle d'autres handicaps ? Oui Non
Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser :	

**REMARQUES (Vous pouvez utiliser la case ci-dessous pour fournir des informations supplémentaires.)**

--

**SI CE FORMULAIRE EST TRANSMIS PAR VOIE ÉLECTRONIQUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS LE SIGNER, VEUILLEZ SAISIR VOTRE NOM DANS LES CASES RÉSERVÉES À LA SIGNATURE ET INDIQUER LA DATE**

**Je dépose une demande de services à la Commission pour les aveugles de l'État de New York et j'accepte de contribuer à l'obtention d'informations permettant de déterminer mon admissibilité aux services.**

Signature du demandeur/de la demandeuse :	Date :
Nom du parent (ou tuteur/tutrice) en caractères d'imprimerie si le demandeur/la demandeuse a moins de 18 ans :	
Signature du parent (ou tuteur/tutrice) :	Date :

**Si la demande est déposée par une personne autre que le demandeur/la demandeuse ou son parent (ou tuteur/tutrice), veuillez remplir ce qui suit et demander au demandeur/à la demandeuse ou à son parent (ou tuteur/tutrice) de signer ci-dessus.**

**PERSONNE DÉPOSANT LA DEMANDE :**

Prénom :	Nom de famille :	
Titre et/ou lien avec le demandeur/la demandeuse :		
Signature de la personne déposant la demande :		
Agence (le cas échéant) :		
Adresse de la personne déposant la demande ou de l'agence :		
Ville :	État :	Code postal :
(Indicatif régional) Numéro de téléphone de la personne déposant la demande :		

**AVIS :** Le bouton permettant d'enregistrer ce formulaire est accessible uniquement avec Adobe Acrobat ou Acrobat Reader. Si le formulaire a été ouvert dans un navigateur Internet, utilisez la fonction « Enregistrer sous » du navigateur pour sauvegarder les informations de votre formulaire. Après avoir enregistré le formulaire, passez à la page 3 pour le transmettre au bureau de district le plus proche.

**Enregistrer le formulaire**

## **Bureaux de district (avec les e-mails des responsables de district)**

**Albany – New York State Commission of the Blind**, 52 Washington Street, Room 202 South Building, Rensselaer, NY 12144

**E-mail :** [Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov](mailto:Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov) **Téléphone :** (518) 473 1675

**Envoyer à Albany**

**Syracuse - New York State Commission for the Blind**, The Atrium, 100 South Salina Street, Suite 105, Syracuse, NY 13202 **E-mail :** [Christine.Kearney@ocfs.ny.gov](mailto:Christine.Kearney@ocfs.ny.gov) **Telephone :** (315) 423 5417

**Envoyer à Syracuse**

**Buffalo – New York State Commission of the Blind**, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590, **Adresse postale :** Suite 545, Buffalo, NY 14203

**E-mail :** [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov) **Téléphone :** (716) 847 3516

**Envoyer à Buffalo**

**Rochester - New York State Commission for the Blind - Outstation**, 259 Monroe Avenue, Suite 303, Rochester, NY 14607 **E-mail :** [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov) **Téléphone :** (585) 238 8110

**Envoyer à Rochester**

**Westchester - New York State Commission for the Blind**, 117 East Stevens Avenue, Suite 300, Valhalla, NY 10595 **E-mail :** [Daniel.Diaz@ocfs.ny.gov](mailto:Daniel.Diaz@ocfs.ny.gov) **Téléphone :** (914) 993 5370

**Envoyer à Westchester**

**Harlem - New York State Commission for the Blind**, Adam Clayton Powell Jr. State Office Building, 163 West 125th Street, Suite 1315, New York, NY 10027

**E-mail :** [Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov](mailto:Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov) **Téléphone :** (212) 961 4440

**Envoyer à Harlem**

**Lower Manhattan - New York State Commission for the Blind**, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, NY 10038 **E-mail :** [Brian.Pinto@ocfs.ny.gov](mailto:Brian.Pinto@ocfs.ny.gov) **Téléphone :** 212 825 5710

**Envoyer à Lower  
Manhattan**

**Garden City - New York State Commission for the Blind**, 711 Stewart Avenue, Suite 210, Garden City, NY 11530 **E-mail :** [Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov](mailto:Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov) **Téléphone :** (516) 743 4188

**Envoyer à Garden City**

Conformément aux dispositions du *Title VI of the Civil Rights Act* de 1964 et du *Rehabilitation Act* de 1973, tel qu'amendé, ainsi que des règlements qui en découlent, les services de la Commission pour les aveugles de l'État de New York ne font pas de discrimination fondée sur l'origine ethnique, le sexe, la couleur, l'origine nationale, le handicap, la religion, l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre ou le statut de parent ; personne ne sera exclu de la participation à un programme ou à une activité d'éducation ou de formation menée par le gouvernement fédéral, ne se verra refuser les avantages de ce programme ou de cette activité, et ne fera l'objet de discriminations à cet égard.

Conformément à la Section 504 du *Rehabilitation Act* de 1973, telle qu'amendé, aucune personne autrement qualifiée présentant un handicap aux États-Unis, tel que défini à la Section 705 (20) de ce titre, ne sera exclue de participation, ne sera privée d'avantages ou ne fera l'objet d'une discrimination, et ce uniquement en raison de son handicap, dans le cadre de quelque programme ou activité bénéficiant d'une aide financière fédérale ou dans le cadre de quelque programme ou activité entreprise par une agence exécutive quelle qu'elle soit ou par le service postal des États-Unis (United States Postal Service, USPS).