

Gli utenti di programmi per la lettura dello schermo sono pregati di usare le frecce per leggere le istruzioni e il tasto Tab per entrare nei campi da compilare.

STATO DI NEW YORK  
UFFICIO DEI SERVIZI PER BAMBINI E FAMIGLIE  
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)  
**COMMISSIONE PER I NON VEDENTI (COMMISSION FOR THE BLIND)**  
**MODULO DI RICHIESTA DI SERVIZI**

**NOTA.** Questo modulo può essere presentato da una persona non vedente o ipovedente, o da un individuo o un'agenzia per conto di tale persona. Se si è ricevuto questo modulo per posta, si prega di restituirlo nell'acclusa busta preindirizzata. Se si sta compilando il modulo in formato elettronico, premere il pulsante "Salva modulo" per salvarlo. È possibile stampare il modulo e compilarlo a mano. Inviare il modulo per posta oppure elettronicamente premendo il pulsante "Invia all'ufficio" a pagina 3 relativo all'ufficio più vicino.

**INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE**

Nome per esteso:		Iniziale secondo nome:		Cognome:		Numero di previdenza sociale:	
Indirizzo (includere il numero dell'appartamento):						Data di nascita:	
Città:		Stato: <b>Stato di New York</b>		Codice postale:		Contea: (Prefisso) Numero di telefono:	
Se non si possiede un telefono: esiste un numero a cui è possibile contattare il richiedente o il genitore/tutore? Sì No				Email del richiedente o del genitore/tutore:			
Se sì, indicare il numero di telefono:							
Modalità di comunicazione preferita? (Telefono, email, posta ordinaria, ecc.) Selezionare dall'elenco							
Il richiedente ha già ricevuto servizi dalla Commissione per i non vedenti dello Stato di New York (New York State Commission for the Blind, NYSCB)? Sì No							
Il richiedente ha un numero di registrazione NYSCB Eye? Sì No							
Se sì, fornire il numero di registrazione NYSCB Eye del richiedente:							

**SERVIZI RICHIESTI DAL RICHIEDENTE (spuntare tutte le caselle pertinenti)**

Consulenza e assistenza
Formazione nello svolgimento delle faccende domestiche
Assistenza nella preparazione per e/o nella ricerca di un lavoro
Assistenza nel mantenimento dell'attuale lavoro
Assistenza nell'ottenimento di servizi per il suddetto minore non vedente
Altri servizi

**STORIA DEL RICHIEDENTE**

Causa della disabilità visiva:			
Età all'insorgenza _____		Il richiedente ha altre disabilità? Sì No	
Se sì, descrivere:			

**OSSERVAZIONI (Fornire eventuali ulteriori informazioni)**

--

**SE SI INVIA ELETTRONICAMENTE E NON È POSSIBILE FIRMARE,  
DIGITARE IL NOME E LA FIRMA NEGLI SPAZI SOTTOSTANTI**

**Sto facendo domanda per i servizi della Commissione per i non vedenti dello Stato di New York e accetto di fornire informazioni per determinare la mia idoneità ai servizi.**

Firma del richiedente:	Data:
Nome in stampatello del genitore/tutore se il richiedente ha meno di 18 anni:	
Firma del genitore/tutore:	Data:

**Se la domanda è presentata da una persona diversa dal richiedente o dal genitore/tutore del richiedente, si prega di completare quanto segue e di far firmare al richiedente o al genitore/tutore negli spazi qui sopra.**

**PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA:**

Nome:	Cognome:	
Titolo/relazione con il richiedente:		
Firma di chi presenta la domanda:		
Agenzia (se applicabile):		
Indirizzo di chi presenta la domanda o dell'agenzia:		
Città:	Stato:	Codice postale:
(Prefisso) Numero di telefono di chi presenta la domanda:		

**NOTA.** Il pulsante “Salva modulo” è disponibile solo in Adobe Acrobat o Acrobat Reader. Se il modulo è stato aperto in un browser Internet, usare la funzione “Salva con nome” nel browser per salvare il modulo. Dopo aver salvato il modulo, consultare pagina 3 per trovare l’indirizzo dell’ufficio distrettuale più vicino.

**Salva  
modulo**

## Uffici distrettuali (con email dei responsabili distrettuali)

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

**Email:** [Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov](mailto:Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov) **Telefono:** (518) 473-1675

Invia all'ufficio di Albany

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

Invia all'ufficio di Syracuse

**Buffalo - New York State Commission for the Blind**, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590, **Spedisci a:** Suite 545, Buffalo, NY 14203

**Email:** [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov) **Telefono:** (716) 847-3516

Invia all'ufficio di Buffalo

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

Invia all'ufficio di Rochester

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

Invia all'ufficio di

**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

**Email:** [Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov](mailto:Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov) **Telefono:** (212) 961-4440

Invia all'ufficio di Harlem

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

Invia all'ufficio di Lower

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

Invia all'ufficio di Garden

Conformemente alle disposizioni del Title VI del Civil Rights Act del 1964, del Rehabilitation Act del 1973 e successive modifiche, e dei regolamenti emanati ai sensi degli stessi, i servizi della Commissione per i non vedenti dello Stato di New York sono tali che nessun individuo, sulla base di razza, sesso, colore, nazionalità, disabilità, religione, età, orientamento sessuale, identità e/o espressione di genere, o stato di genitore, sarà escluso dalla partecipazione, sarà escluso dal ricevere benefici o sarà oggetto di discriminazione in un programma o attività di istruzione o formazione condotta a livello federale.

Ai sensi della Section 504 del Rehabilitation Act del 1973 e successive modifiche, nessun individuo altrimenti qualificato con disabilità negli Stati Uniti, come definito nella Section 705 (20) del suddetto titolo, sarà escluso, solo a causa della sua disabilità, dalla partecipazione, sarà escluso dal ricevere benefici, o sarà soggetto a discriminazione nell'ambito di qualsiasi programma o attività che riceve assistenza finanziaria federale o nell'ambito di qualsiasi programma o attività condotta da qualsiasi agenzia esecutiva o dal servizio postale degli Stati Uniti (United States Postal Service, USPS).