

Osoby korzystające z czytników ekranu – należy przeczytać wskazówki i treść używając klawiszy ze strzałkami w górę oraz w dół, a następnie przejść do pól tabeli przeznaczonych do wypełnienia, używając klawisza Tab.

STANU NOWY JORK
URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)
KOMISJA DS. OSÓB NIEWIDOMYCH
WNIOSEK O USŁUGĘ

UWAGA: Ten formularz może zostać złożony przez osobę niewidomą lub niedowidzącą albo przez osobę lub agencję działającą w imieniu tej osoby. Jeśli formularz został wysłany pocztą, prosimy o odesłanie go w załączonej kopercie z podanym adresem. W przypadku wypełniania formularza przez Internet należy go wypełnić i zapisać za pomocą przycisku „Zapisz formularz”. Można również wydrukować ten formularz i wypełnić go odręcznie. Następnie należy wysłać go pocztą lub w formie elektronicznej, za pomocą przycisku „Wyślij do”, do najbliższego biura okręgowego, które wskazano na stronie 3.

DANE KANDYDATA

Pełne imię:		Inicjał drugiego imienia:		Nazwisko:	Numer ubezpieczenia społecznego:
Nazwa ulicy, numer budynku, numer mieszkania:					Data urodzenia:
Miasto:	Stan: Stan Nowy Jork	Kod pocztowy:	Okręg:	(Numer kierunkowy) Numer telefonu:	
Jeśli wnioskodawca nie ma telefonu – czy jest numer, pod którym można skontaktować się z wnioskodawcą lub rodzicem/opiekunem? Tak Nie Jeśli „Tak”, proszę podać numer telefonu:			Adres e-mail wnioskodawcy lub rodzica/opiekuna:		
Preferowany format korespondencji? (telefon, poczta elektroniczna, poczta amerykańska itp.) Wybrać z listy _____					
Czy wnioskodawca korzystał wcześniej z usług Komisji ds. Osób Niewidomych stanu Nowy Jork (New York State Commission for the Blind, NYSCB)? Tak Nie					
Czy wnioskodawca posiada numer rejestracyjny nadany w związku z jego wzrokiem przez NYSCB? Tak Nie					
Jeśli „Tak” – proszę podać numer rejestracyjny nadany w związku z jego wzrokiem przez NYSCB:					

USŁUGI POTRZEBNE WNIOSKODAWCY (zaznaczyć wszystkie odpowiednie opcje).

Doradztwo <input type="checkbox"/>
Szkolenie w zakresie wykonywania prac domowych <input type="checkbox"/>
Pomoc w przygotowaniu do pracy i/lub znalezieniu pracy <input type="checkbox"/>
Pomoc w utrzymaniu obecnego miejsca pracy <input type="checkbox"/>
Pomoc w uzyskaniu usług dla wyżej wymienionego dziecka niedowidzącego <input type="checkbox"/>
Inne usługi <input type="checkbox"/>

HISTORIA WNIOSKODAWCY

Przyczyna upośledzenia wzroku:	
Wiek zachorowania _____	Czy wnioskodawca ma inne niepełnosprawności? Tak Nie
Jeśli „Tak”, proszę opisać:	

UWAGI (w poniższym polu można podać dodatkowe informacje).

--

W PRZYPADKU PRZESYŁANIA FORMULARZA W WERSJI ELEKTRONICZNEJ, KTÓREJ NIE MOŻNA PODPISAĆ, PROSZĘ WPISAĆ IMIĘ I NAZWISKO W POLACH NA PODPIS ORAZ PODAĆ DATĘ

Ubiegam się o usługi świadczone przez Komisję ds. Osób Niewidomych (New York State Commission for the Blind) stanu Nowy Jork i zgadzam się na udzielenie pomocy w uzyskaniu informacji w celu określenia moich uprawnień do korzystania z usług.

Podpis wnioskodawcy:	Data:
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukowanymi literami, jeśli wnioskodawca nie ukończył 18 lat:	
Podpis rodzica/opiekuna:	Data:

Jeśli wniosek składa inna osoba niż wnioskodawca lub rodzic/opiekun wnioskodawcy, prosimy o podanie poniższych informacji i podpisanie wniosku powyżej przez wnioskodawcę lub rodzica/opiekuna.

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK:

Imię:	Nazwisko:	
Relacja z wnioskodawcą:		
Podpis osoby składającej wniosek:		
Agencja (jeśli dotyczy):		
Ulica i numer budynku osoby lub agencji składającej wniosek:		
Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
(Numer kierunkowy) Numer telefonu osoby składającej wniosek:		

UWAGA: Przycisk umożliwiający zapisanie formularza jest dostępny tylko w programie Adobe Acrobat lub Acrobat Reader. W przypadku otwarcia formularza w przeglądarce internetowej, aby zapisać wprowadzone w nim informacje, należy użyć funkcji „Zapisz jako” dostępnej w przeglądarce. Po zapisaniu formularza przejść na stronę 3, aby go przesłać do najbliższego biura okręgowego.

**Zapisz
formularz**

Biura okręgowe (wraz z adresami e-mail kierowników/kierowniczek okręgowych)

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

E-mail: Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov **Telefon:** (518) 473-1675

Wyślij do 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 **Telefon:** (315) 423-5417

Wyślij do Syracuse

Buffalo – New York State Commission for the Blind, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590, **Adres do korespondencji:** Suite 545, Buffalo, NY 14203

E-mail: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov **Telefon:** (716) 847-3516

Wyślij do 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 **Telefon:** (585) 238-8110

Wyślij do 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 **Telefon:** (914) 993-5370

Wyślij do 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 **Telefon:** (212) 961-4440

Wyślij do 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 **Telefon:** (212) 825-5710

Wyślij na Dolny Manhattan

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 **Telefon:** (516) 743-4188

Wyślij do Garden City

Zgodnie z postanowieniami tytułu VI Ustawy o Prawach Obywatelskich (Title VI of the Civil Rights Act) z 1964 roku, Ustawy o Rehabilitacji (Rehabilitation Act) z 1973 roku z późniejszymi zmianami, a także przepisami wydanymi na ich podstawie, usługi Komisji ds. Osób Niewidomych stanu Nowy Jork (New York State Commission for the Blind) nie dyskryminują żadnej osoby bez względu na rasę, płeć, kolor skóry, pochodzenie narodowe, niepełnosprawność, religię, wiek, orientację seksualną, tożsamość i/lub ekspresję płciową lub status rodzica, ani nie powodują wykluczenia jej z uczestnictwa w programie edukacyjnym lub szkoleniowym prowadzonym przez władze federalne, pozbawienia jej płynących z niego korzyści ani narażenia jej na dyskryminację.

Zgodnie z sekcją 504 Ustawy o Rehabilitacji (Section 504 of the Rehabilitation Act) z 1973 roku z późniejszymi zmianami żadna osoba z niepełnosprawnością nie będzie, wyłącznie z powodu swojej niepełnosprawności, wykluczona z udziału w jakimkolwiek programie lub działaniu otrzymującym federalną pomoc finansową lub w jakimkolwiek programie lub działaniu prowadzonym przez dowolną agencję wykonawczą lub przez Poczta amerykańską (United States Postal Service, USPS), nie będzie pozbawiona korzyści płynących z takiego programu lub działania oraz nie będzie dyskryminowana, jeżeli pod każdym względem kwalifikuje się do takiego programu lub działania w Stanach Zjednoczonych, zgodnie z definicją zawartą w Section 705 (20) tego tytułu.