

Пользователи экранного диктора - Используйте клавиши со стрелками «вверх» и «вниз» для чтения инструкций и содержимого, затем используйте клавишу Tab для перемещения по заполняемым полям таблицы.

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)
КОМИССИЯ ПО ДЕЛАМ СЛЕПЫХ
ЗАЯВКА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ВНИМАНИЕ! Эта форма может быть подана слепым или слабовидящим лицом либо от его имени другим лицом или учреждением. Если вы получили эту форму по почте, заполните ее и верните в прилагаемом конверте с указанным обратным адресом. Если вы заполняете эту форму онлайн, заполните ее и сохраните с помощью кнопки «Сохранить форму». Вы также можете распечатать эту форму и заполнить ее от руки. Затем отправьте заполненную форму по почте или в электронном виде с помощью кнопки «Отправить в отделение...» в ближайшее окружное отделение из списка на странице 3.

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Имя полностью:	Инициал среднего имени:	Фамилия:	Номер социального обеспечения:
Адрес (улица, дом, квартира):			Дата рождения:
Город:	Штат: Штат Нью-Йорк	Почтовый индекс:	Округ: (Код региона) Номер телефона:
Если у вас нет телефона, можно ли связаться по телефону с заявителем или его родителем/опекуном? Да Нет		Адрес эл. почты заявителя или его родителя/опекуна:	
Если «Да», укажите номер телефона:			
Предпочитаемый способ связи (телефон, электронная почта, почтовая служба США и т. д.) Выберите из списка _____			
Получал ли заявитель ранее услуги от Комиссии штата Нью-Йорк по делам слепых (New York State Commission for the Blind, NYSCB)? Да Нет			
Присвоен ли заявителю номер в офтальмологическом реестре NYSCB? Да Нет			
Если «Да», укажите номер заявителя в офтальмологическом реестре NYSCB:			

УСЛУГИ, В КОТОРЫХ НУЖДАЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЬ (отметьте все подходящие варианты)

Консультирование и ориентация <input type="checkbox"/>
Обучение навыкам выполнения работы по дому <input type="checkbox"/>
Помощь в подготовке к трудоустройству и (или) в поиске работы <input type="checkbox"/>
Помощь в сохранении текущего места работы <input type="checkbox"/>
Помощь в получении услуг для вышеуказанного ребенка с нарушением зрения <input type="checkbox"/>
Другие услуги <input type="checkbox"/>

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ЗАЯВИТЕЛЯ

Причина нарушения зрения:	
Возраст на момент появления нарушения _____	Имеются ли у заявителя иные нарушения здоровья? Да Нет
Если «Да», опишите их:	

КОММЕНТАРИИ (в этом поле можно предоставить любые дополнительные сведения)

--

ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ДОКУМЕНТЫ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ И НЕ МОЖЕТЕ ПОДПИСАТЬ ИХ, ВПИШИТЕ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ В БЛОКЕ ДЛЯ ПОДПИСИ И ПРОСТАВЬТЕ ДАТУ

Я подаю заявление на получение услуг от Комиссии штата Нью-Йорк по делам слепых и даю согласие содействовать в получении информации, необходимой для определения моего права на получение услуг.

Подпись заявителя:	Дата:
Имя и фамилия родителя/опекуна печатными буквами (если заявителю еще не исполнилось 18 лет):	
Подпись родителя/опекуна:	Дата:

Если заявление подается лицом, не являющимся заявителем или его родителем/опекуном, заполните поля ниже и попросите, чтобы заявитель или его родитель/опекун поставили подпись выше.

ЛИЦО, ПОДАЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ:

Имя:	Фамилия:	
Должность / кем приходится заявителю:		
Подпись подателя:		
Учреждение (если применимо):		
Адрес подателя или учреждения:		
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
(Код региона) Номер телефона подателя:		

ВНИМАНИЕ! Кнопка сохранения формы доступна только в Adobe Acrobat или Acrobat Reader. Если форма открылась в веб-браузере, воспользуйтесь функцией "Save As" (Сохранить как) в веб-браузере, чтобы сохранить заполненную форму. После сохранения формы перейдите на стр. 3, чтобы отправить ее в ближайшее окружное отделение NYSCB.

Сохранить форму

Адреса окружных отделений и адреса электронной почты региональных руководителей

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

Адрес электронной почты: Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov Телефон: (518) 473-1675

Отправить в отделение Albany

Syracuse - New York State Commission for the Blind, The Atrium, 100 South Salina Street, Suite 105, Syracuse, NY 13202 Адрес электронной почты: Christine.Kearney@ocfs.ny.gov Телефон: (315) 423-5417

Отправить в отделение Syracuse

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

Адрес электронной почты: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov Телефон: (716) 847-3516

Отправить в отделение Buffalo

Rochester - New York State Commission for the Blind - Outstation, 259 Monroe Avenue, Suite 303, Rochester, NY 14607 Адрес электронной почты: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov Телефон: (585) 238-8110

Отправить в отделение Rochester

Westchester - New York State Commission for the Blind, 117 East Stevens Avenue, Suite 300, Valhalla, NY 10595 Адрес электронной почты: Daniel.Diaz@ocfs.ny.gov Телефон: (914) 993-5370

Отправить в отделение 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

Адрес электронной почты: Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov Телефон: (212) 961-4440

Отправить в отделение Harlem

Lower Manhattan - New York State Commission for the Blind, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, NY 10038 Адрес электронной почты: Brian.Pinto@ocfs.ny.gov Телефон: (212) 825-5710

Отправить в отделение Lower Manhattan

Garden City - New York State Commission for the Blind, 711 Stewart Avenue, Suite 210, Garden City, NY 11530 Адрес электронной почты: Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov Телефон: (516) 743-4188

Отправить в отделение Garden City

В соответствии с положениями Title VI от тот Civil Rights Act от 1964 года и Rehabilitation Act от 1973 года (с поправками), а также согласно нормативным актам, принятым на основании указанных законов, Комиссия штата Нью-Йорк по делам слепых обязана предоставлять услуги лицам с инвалидностью без какой-либо дискриминации по признаку расы, пола, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, вероисповедания, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентичности и/или самовыражения или статуса родителя; также запрещается исключать лиц с инвалидностью из образовательных или учебных программ или видов деятельности, финансируемых государством, а также подвергать их дискриминации или отказывать им в получении либо лишать их государственных пособий/льгот в рамках таких программ либо видов деятельности.

В соответствии с Section 504 от тот Rehabilitation Act от 1973 года (с поправками), в США запрещено отказывать в участии или исключать из программ либо видов деятельности, финансируемых государством или осуществляемых любым органом исполнительной власти или Почтовой службой США (United States Postal Service, USPS), а также подвергать дискриминации или отказывать в получении либо лишать государственных пособий/льгот в рамках таких программ либо видов деятельности лиц с инвалидностью исключительно по причине их инвалидности, если они удовлетворяют всем прочим требованиям для участия в таких программах либо видах деятельности, как определено в Section 705 (20) указанного закона.