

Usuarios de lectores de pantalla - Use las teclas de flecha hacia arriba y hacia abajo para leer las instrucciones y el contenido, luego use la tecla Tab (tabulación) para navegar por los campos de la tabla que se pueden completar.

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIA
 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)
COMISIÓN PARA CIEGOS
SOLICITUD DE SERVICIO

AVISO: Este formulario puede ser presentado por una persona ciega o con discapacidad visual, o por una persona o agencia en nombre de esa persona. Si le enviaron este formulario por correo, devuélvalo en el sobre con la dirección dada. Si está completando este formulario en línea, complete el formulario y seleccione el botón "Save Form" (Guardar como) para guardar. También puede imprimir este formulario y completarlo a mano. Luego envíe el formulario por correo o envíelo electrónicamente con el botón "Submit to" (Enviar a) a la oficina del distrito más cercana a usted, que figura en la página 3.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:		Número de Seguro Social:	
Dirección (incluya el número de apartamento):						Fecha de nacimiento:	
Ciudad:		Estado: Estado de Nueva York	Código postal:		Condado:	(Código de área) Número de teléfono:	
Si no hay teléfono, ¿hay algún número donde se pueda contactar al solicitante o al padre/tutor? Sí No Si es así, indique el número de teléfono:					Email del solicitante o padre/tutor:		
¿Formato preferido para la correspondencia? (Teléfono, correo electrónico, correo de los EE. UU., etc.) Seleccionar de la lista _____							
¿Recibió el solicitante servicios de la Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York (NYSCB)? Sí No							
¿Tiene el solicitante un número de registro de examen de la vista de la NYSCB? Sí No							
Si es así, indique el número de registro del examen de la vista de la NYSCB del solicitante:							

SERVICIOS QUE NECESITA EL SOLICITANTE (Marque todos los que correspondan).

Consejería y orientación <input type="checkbox"/> Capacitación en tareas domésticas <input type="checkbox"/> Asistencia en la preparación o búsqueda de trabajo <input type="checkbox"/> Asistencia para mantener el trabajo actual <input type="checkbox"/> Asistencia para obtener servicios para el niño con discapacidad visual mencionado arriba <input type="checkbox"/> Otros servicios <input type="checkbox"/>

HISTORIAL DEL SOLICITANTE

Causa de la discapacidad visual:	
Edad de inicio _____	¿Tiene el solicitante alguna otra discapacidad? Sí No
Si es así, describa:	

OBSERVACIONES (Puede usar el cuadro de abajo para dar cualquier información adicional).

--

**SI ENVÍA EL FORMULARIO ELECTRÓNICAMENTE Y NO PUEDE FIRMARLO,
ESCRIBA EL NOMBRE EN LOS BLOQUES DE FIRMA Y LA FECHA**

Estoy solicitando servicios de la Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York y acepto ayudar a obtener información para determinar mi elegibilidad para los servicios.

Firma del solicitante:	Fecha:
Nombre en letra de molde del padre/tutor si el solicitante es menor de 18 años:	
Firma de padre/tutor:	Fecha:

Si alguien que no sea el solicitante o el padre/tutor del solicitante presenta la solicitud, complete lo siguiente y haga que el solicitante o el padre/tutor firme arriba.

SOLICITUD DE PRESENTACIÓN INDIVIDUAL:

Nombre:	Apellido:	
Título/relación con el solicitante:		
Firma del remitente:		
Agencia (si corresponde):		
Dirección postal del remitente o agencia:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
(Código de área) Número de teléfono del remitente:		

AVISO: El botón para guardar el formulario solo está disponible en Adobe Acrobat o Acrobat Reader. Si el formulario se abrió en un navegador de Internet, use la función "Save As" (Guardar como) dentro del navegador para guardar la información del formulario. Después de guardar el formulario, vaya a la página 3 para enviarlo a la oficina de distrito más cercana.

**Guardar
formulario**

Oficinas de distrito (con los correos electrónicos de los gerentes de distrito indicados)

Albany - Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York, 52 Washington Street, Room 202 South Building, Rensselaer, NY 12144

Correo electrónico: Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov **Teléfono:** (518) 473-1675

Enviar a Albany

Syracuse - Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York, The Atrium, 100 South Salina Street, Suite 105, Syracuse, NY 13202 **Correo electrónico:** Christine.Kearney@ocfs.ny.gov

Teléfono: (315) 423-5417

Enviar a Syracuse

Buffalo - Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590, **Envíe por correo a:** Suite 545, Buffalo, NY 14203

Correo electrónico: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov **Teléfono:** (716) 847-3516

Enviar a Buffalo

Rochester - Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York - Centro externo, 259 Monroe Avenue, Suite 303, Rochester, NY 14607 **Correo electrónico:** Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov

Teléfono: (585) 238-8110

Enviar a Rochester

Westchester - Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York, 117 East Stevens Avenue, Suite 300, Valhalla, NY 10595 **Correo electrónico:** Daniel.Diaz@ocfs.ny.gov **Teléfono:** (914) 993-5370

Enviar a Westchester

Harlem - Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York, Adam Clayton Powell Jr. State Office Building, 163 West 125th Street, Suite 1315, New York, NY 10027

Correo electrónico: Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov **Teléfono:** (212) 961-4440

Enviar a Harlem

Lower Manhattan - Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, NY 10038 **Correo electrónico:** Brian.Pinto@ocfs.ny.gov **Teléfono:** (212) 825-5710

Enviar a Lower Manhattan

Garden City - Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York, 711 Stewart Avenue, Suite 210, Garden City, NY 11530 **Correo electrónico:** Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov

Teléfono: (516) 743-4188

Enviar a Garden City

De conformidad con las disposiciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, según fuera enmendada, y las reglamentaciones emitidas en virtud de la misma, los servicios de la Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York no discriminan por motivos de raza, sexo, color, país de origen, discapacidad, religión, edad, orientación sexual, identidad o expresión de género, o condición de padre; ni se lo excluirá de la participación, se le negarán los beneficios ni se lo someterá a discriminación en un programa o actividad de educación o capacitación dirigido a nivel federal.

De conformidad con las disposiciones del Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según fuera enmendado, ninguna persona de los Estados Unidos que tenga una discapacidad y que de otro modo esté calificada, como lo define en el Artículo 705 (20) de este título, podrá ser excluida de participar, se le negarán beneficios o estará sujeta a discriminación en ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal ni en ningún programa o actividad de una agencia ejecutiva o del Servicio Postal de los Estados Unidos.