

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
COMISIÓN PARA CIEGOS
SOLICITUD DE SERVICIOS

AVISO: Este formulario pueden presentarlo las personas ciegas o con deficiencia visual, o un individuo o una agencia en nombre de esas personas.

- Si recibió este formulario por correo postal, devuélvalo en el sobre adjunto con la dirección del remitente.
- Si completará este formulario en línea, rellene el formulario y guárdelo como un documento de Word o PDF en su escritorio. Después, envíelo por correo postal o electrónico a la oficina de distrito más cercana. (Las direcciones de las oficinas y los correos electrónicos están en el dorso o segunda página de este formulario).

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombre (completo):		Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Número de Seguro Social: - -	
Dirección (N.º de apartamento):				Fecha de nacimiento: / /	
Ciudad:	Estado: NY	Código postal:	Condado:	Código de área/Número de teléfono: () -	
Si no tiene teléfono, ¿hay un número al que podamos llamar al solicitante o a su padre, madre o tutor[a]? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", escríbalo: () -			Correo electrónico (del solicitante o del padre/madre/tutor[a]):		
¿Ha recibido antes el solicitante servicios de la Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York (<i>New York State Commission for the Blind, NYSCB</i>)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique el número de registro de la vista de la NYSCB del solicitante:					
SERVICIOS QUE NECESITA EL SOLICITANTE: (Marque todo lo que corresponda).					
<input type="checkbox"/> Consejería y orientación		<input type="checkbox"/> Ayuda para conservar un trabajo actual		<input type="checkbox"/> Ayuda para recibir servicios para el niño(a) con deficiencia visual, mencionado arriba	
<input type="checkbox"/> Capacitación para hacer tareas domésticas		<input type="checkbox"/> Ayuda para recibir servicios para el niño(a) con deficiencia visual, mencionado arriba		<input type="checkbox"/> Otros servicios	
<input type="checkbox"/> Ayuda para buscar trabajo o prepararse para uno		<input type="checkbox"/> Ayuda para conservar un trabajo actual		<input type="checkbox"/> Ayuda para recibir servicios para el niño(a) con deficiencia visual, mencionado arriba	
<input type="checkbox"/> Ayuda para buscar trabajo o prepararse para uno		<input type="checkbox"/> Otros servicios			
PARA SOLICITANTES MENORES DE 21 AÑOS (completar la sección de abajo):					
Causa de la deficiencia visual:					
Edad en la que comenzó: _____ ¿Tiene el menor otras discapacidades? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indíquelas:					
COMENTARIOS (Puede usar el cuadro de abajo para dar más información).					
Solicito los servicios de la Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York y acepto colaborar con información que determine mi elegibilidad para recibir esos servicios.					
Firma del solicitante:				Fecha: / /	
Nombre del padre, la madre o el tutor(a) en letra de molde (si el solicitante es menor de 18 años):					
Firma del padre, la madre o el tutor(a):				Fecha: / /	

DÉ VUELTA EL FORMULARIO Y COMPLETE EL OTRO LADO

Si otra persona que no es el solicitante, ni su padre o madre, ni su tutor(a) presenta la solicitud, complete la sección de abajo y pídale al solicitante, a su padre o madre, o a su tutor(a) que firmen el FRENTE de la página.

PERSONA QUE PRESENTARÁ LA SOLICITUD:

Nombre:		Apellido:	
Cargo/Relación con el solicitante:			
Firma de la persona que presenta la solicitud:			
Agencia (si corresponde):			
Dirección de la agencia o de la persona que presenta la solicitud:		Calle:	
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono de la persona que presenta la solicitud:		()	-

LISTA DE OFICINAS DE DISTRITO CON LOS CORREOS ELECTRÓNICOS DE LOS GERENTES DE DISTRITO

Albany - NYSCB

52 Washington St.,
Sala 202 South Bldg.
Rensselaer, NY 12144

Correo electrónico: Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov

Teléfono: (518) 473-1675

Syracuse - NYSCB

The Atrium
100 S. Salina Str., Suite 105
Syracuse, NY 13202

Correo electrónico: Amy.Carreno@ocfs.ny.gov

Teléfono: (315) 423-5417

Búfalo - NYSCB

Ellicott Square Building
295 Main St., Suite 590
Correo postal: Suite 545
Buffalo, NY 14203

Correo electrónico: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov

Teléfono: (716) 847-3516

Rochester - NYSCB-Outstation

259 Monroe Ave., Suite 303
Rochester, NY 14607

Correo electrónico: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov

Teléfono: (585) 238-8110

Westchester - NYSCB

117 East Stevens Ave., Suite 300
Valhalla, NY 10595

Correo electrónico: Ana.Duraes@ocfs.ny.gov

Teléfono: (914) 993-5370

Harlem - NYSCB

Adam Clayton Powell Jr.
State Office Bldg.
163 West 125th St., Suite 1315
New York, NY 10027

Correo electrónico: Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov

Teléfono: (212) 961-4440

Lower Manhattan - NYSCB

80 Maiden Lane, Suite 401
New York, NY 10038

Correo electrónico: Brian.Pinto@ocfs.ny.gov

Teléfono: (212) 825-5710

Garden City - NYSCB

711 Stewart Ave., Suite 210
Garden City, NY 11530

Correo electrónico: Paola.Nappo-Ficcara@ocfs.ny.gov

Teléfono: (516) 743-4188

SEGÚN LAS DISPOSICIONES DEL TÍTULO VI DE LA LEY DE DERECHOS CIVILES (*CIVIL RIGHTS ACT*) DE 1964, DE LA LEY DE REHABILITACIÓN (*REHABILITATION ACT*) DE 1973 Y SUS ENMIENDAS, Y DE LOS REGLAMENTOS PROMULGADOS SEGÚN ESTAS LEYES, LOS SERVICIOS DE LA COMISIÓN PARA CIEGOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK SE PRESTAN DE TAL MANERA QUE A NINGUNA PERSONA SE LA EXCLUIRÁ DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA, SE LE NEGARÁN LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA NI ESTARÁ SUJETA A DISCRIMINACIÓN SEGÚN DICHO PROGRAMA POR MOTIVOS DE GÉNERO, RAZA, EDAD, CREDO, COLOR, PAÍS DE ORIGEN O DISCAPACIDAD, Y LA AGENCIA ESTATAL ADMINISTRARÁ EL PROGRAMA SEGÚN LAS LEYES Y LOS REGLAMENTOS.

SEGÚN EL ARTÍCULO 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973 Y SUS ENMIENDAS, A NINGUNA PERSONA CALIFICADA COMO DISCAPACITADA EN LOS ESTADOS UNIDOS, SOLO POR EL HECHO DE SU DISCAPACIDAD, SE LA EXCLUIRÁ DE PARTICIPAR EN UN PROGRAMA O UNA ACTIVIDAD QUE RECIBA AYUDA FINANCIERA FEDERAL, SE LE NEGARÁN LOS BENEFICIOS DE ESTOS NI ESTARÁ SUJETA A DISCRIMINACIÓN SEGÚN DICHO PROGRAMA O ACTIVIDAD.